

Aus dem Zentrum für Methodenwissenschaft und Gesundheitsforschung  
des Fachbereichs Medizin  
der Philipps-Universität Marburg

- Institut für Medizinische Psychologie -  
Direktorin: Prof. Dr. Kati Thieme



# Wege religiöser Bewältigung: Deutsche Adaptation und Validierung des RCOPE

---

## **Inaugural-Dissertation**

zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin  
dem Fachbereich Medizin vorgelegt von

Esther Katharina Fehlberg  
aus Düsseldorf

Marburg 2014

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg  
am 13.3.2014

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Prof. Dr. Helmut Schäfer

Referent: Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler

Korreferent: Prof. Dr. Winfried Rief

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Grundlagen.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Kritische Lebensereignisse („Life Events“) .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Bewältigungsstrategien (“Coping“) .....</b>	<b>9</b>
2.2.1. Definition und Entwicklung des Konzepts “Coping” .....	9
2.2.2. Religiöses Coping.....	14
<b>2.3. Persönliche Reifung nach belastenden Lebensereignissen.....</b>	<b>30</b>
2.3.1. Theoretischer Hintergrund.....	30
2.3.2. Empirische Befunde zur persönlichen Reifung .....	32
<b>2.4. Zielsetzung .....</b>	<b>36</b>
<b>3. Methodik.....</b>	<b>38</b>
<b>3.1. Messinstrumente .....</b>	<b>38</b>
3.1.1. RCOPE .....	38
3.1.2. Deutsche Adaptation des RCOPE .....	42
3.1.3. Skala Life Events .....	47
3.1.4. Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR).....	47
3.1.5. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	48
3.1.6. Skala “Somatisierung” der Symptom-Checkliste SCL-90.....	50
<b>3.2. Datenerhebung .....</b>	<b>51</b>
3.2.1. Stichprobengewinnung .....	51
3.2.2. Stichprobe .....	52
<b>3.3. Statistische Analyse.....</b>	<b>52</b>
3.3.1. Faktorenanalyse .....	52
3.3.2. Regressionsanalyse.....	54
3.3.3. Dateneingabe .....	55

<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>56</b>
<b>4.1. Belastende Lebensereignisse .....</b>	<b>56</b>
<b>4.2. Deutsche Adaptation des RCOPE .....</b>	<b>56</b>
4.2.1. Ergebnisse der Faktorenanalyse.....	56
4.2.2. Faktorenstruktur des deutschen RCOPE .....	58
4.2.3. Reliabilität des deutschen RCOPE .....	60
4.2.4. Deskriptive Statistik der Faktoren .....	60
<b>4.3. Zusammenhänge religiöser Bewältigung mit Befinden und Reifung.....</b>	<b>65</b>
4.3.1. Zusammenhänge von religiöser Bewältigung und Befinden .....	65
4.3.2. Zusammenhänge von religiöser Bewältigung und persönlicher Reifung..	66
4.3.3. Zusammenhänge mit soziodemografischen Daten.....	69
4.3.4. Partielle Korrelationen persönlicher Reifung.....	69
<b>4.4. Lineare Regressionsanalyse mit persönlicher Reifung als Kriterium .....</b>	<b>70</b>
4.4.1. Stichprobeneignung .....	71
4.4.2. Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse.....	71
4.4.3. Prüfung der Voraussetzungen des linearen Regressionsmodells .....	73
<b>4.5. Deutsche Adaptation des Brief-RCOPE .....</b>	<b>77</b>
4.5.1. Ergebnisse der Faktorenanalyse.....	77
4.5.2. Reliabilität der deutschen Version des Brief-RCOPE.....	78
4.5.3. Deskriptive Statistik des Brief-RCOPE .....	80
4.5.4. Zusammenhänge religiöser Bewältigung mit Befinden und Reifung.....	81
<b>5. Diskussion .....</b>	<b>83</b>
<b>5.1. RCOPE .....</b>	<b>83</b>
5.1.1. Gütekriterien .....	84
5.1.2. Stichprobe .....	86
5.1.3. Betrachtung der Teilstichproben.....	88
<b>5.2. Brief-RCOPE .....</b>	<b>90</b>
<b>5.3. Limitationen und Ausblick .....</b>	<b>92</b>

<b>6. Zusammenfassung.....</b>	<b>94</b>
Hintergrund.....	94
Methoden .....	94
Ergebnisse .....	95
Schlussfolgerung.....	95
 <b>7. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>96</b>
 <b>8. Anhang.....</b>	<b>111</b>
8.1. Fragebogen .....	111
8.2. Tabellen .....	117
8.3. Lebenslauf.....	121
8.4. Verzeichnis der akademischen Lehrer .....	122
8.5. Danksagung.....	123

# 1. Einleitung

Die Frage, auf welche Weise aversive Ereignisse verarbeitet werden, ist durch die Entwicklung des Konstrukts „Coping“ in den letzten drei Jahrzehnten ausführlich untersucht worden. Nach Einführung des Coping-Begriffs durch Lazarus und Folkman sind viele potentielle Copingressourcen identifiziert worden, der Begriff gilt als fest etabliert.

Seit den 1990er Jahren sind zusätzlich Religion und Spiritualität als mögliche Ressourcen in der Bewältigung kritischer Lebensereignisse in den Fokus der Forschung gerückt. Die Abgrenzung und Operationalisierung beider Begriffe ist jedoch uneinheitlich (Pohl, 2006). Versuche der Definition finden sich z.B. bei Huber (2003), der Religion als Beziehung von „etwas“, z.B. Vorstellungen und Handlungen, zum „Letztgültigen“, z.B. Gott (in den abrahamitischen Religionen) bezeichnet. Möller und Reimann (2003) beschreiben Religiosität als auf ein Glaubenssystem bezogenes Erleben, Bewusstsein und Verhalten. Demgegenüber wird Spiritualität im Allgemeinen als die weniger an Dogmen oder formalistische Systeme gebundene Suche nach transzendenter Erfahrung verstanden (Möller & Reimann, 2003). Solche mystischen Erfahrungen sind vom Wegfall der Ich-Grenzen und Ich-Aktivität gekennzeichnet (Scharfetter, 1998).

Zwischen Variablen der Spiritualität/ Religiosität zu mentaler Gesundheit (z.B. Schumaker, 1992; Klein & Albani, 2007, 2011; Koenig, 1997) finden sich relevante Zusammenhänge. Dementsprechend wird der Faktor Religiosität in einigen etablierten Inventaren zur Erfassung von Coping (z.B. Klauer & Filipp, 1993) als eindimensionale Skala abgebildet.

Unklar bleiben hierbei die Dimensionierung von Religiosität/ Spiritualität sowie die Funktionalität bzw. Dysfunktionalität des Konstrukts. Pargament, Koenig und Perez (2000) legten für den angloamerikanischen Sprachraum mit dem RCOPE (Abkürzung für „Religious Coping“) ein Instrument vor, mit dem religiöse Bewältigung multidimensional erfasst werden soll. Zudem wird durch den ins Inventar integrierten Brief-RCOPE ein Kurzinstrument bereitgestellt, welches eine skalenübergreifende

zweidimensionale Analyse funktionaler und dysfunktionaler Stile religiöser Bewältigung ermöglichen soll.

Die Adaptation und Validierung des RCOPE sowie des Brief-RCOPE für den deutschen Sprachraum ist das Hauptziel der vorliegenden Arbeit. Ergänzend werden Zusammenhänge der Skalen religiöser Bewältigung des RCOPE zu Ängstlichkeit und Depressivität sowie physischer Gesundheit untersucht. Hierbei soll die Hypothese überprüft werden, dass positive religiöse Bewältigungsstile sich günstig auf die Anpassung an kritische Lebensereignisse auswirken, während negative Muster religiösen Copings verstärkt mit Ängstlichkeit/ Depressivität assoziiert sind.

Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Untersuchung der Zusammenhänge religiöser Bewältigung zu Variablen der persönlichen Reifung. Dieses Konstrukt, welches im Englischen unter den Begriffen „Posttraumatic Growth“, „Benefit Finding“ oder „Personal Growth“ zu finden ist, leitet sich aus der Traumaforschung ab: Tedeschi und Calhoun (1996) beschrieben das Phänomen, dass Menschen, die selbst schlimmsten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren, im Bewältigungsprozess dem Erlebnis auch positive Seiten abgewinnen können und bei sich selbst einen gewissen Reifungsprozess feststellen. Nach Tedeschi und Calhoun (1996) können mindestens drei Aspekte der persönlichen Reifung benannt werden: Veränderung der Selbstwahrnehmung, Veränderung interpersoneller Beziehungen sowie Veränderung der Lebensphilosophie.

## **2. Grundlagen**

### **2.1. Kritische Lebensereignisse („Life Events“)**

Als kritische Lebensereignisse („Life Events“) werden allgemein Lebensveränderungen bezeichnet, die mit überdurchschnittlicher Stressbelastung einhergehen (Holmes & Rahe, 1967). Für die betroffene Person bedeutet dies häufig unmittelbares Leid oder alternativ eine erhebliche Rollentransformation. Life Events umfassen positive als auch negative Ereignisse, wie z.B. eine ernsthafte eigene Erkrankung, Eheschließung, den Tod eines nahe stehenden Menschen, aber auch den Eintritt in den Ruhestand, usw. Ende der 1960er Jahre stellten Holmes und Rahe (1967) eine Skala mit über 40 Lebensereignissen zusammen, um Zusammenhänge zwischen hoher Stressbelastung und Ausbruch von physischen und psychischen Erkrankungen aufzuzeigen.

Mittlerweile existiert eine Fülle von Publikationen, die die Assoziation von kritischen Lebensereignissen mit dem Beginn einer depressiven Symptomatik belegen (vgl. den systematischen Review von Tennant, 2002; Kessler, 1997). Eine detaillierte Untersuchung der Zusammenhänge von Life Events (u.a. Scheidung, Verlust eines Angehörigen, Arbeitslosigkeit, Geburt eines Kindes, Eintritt in den Ruhestand sowie Migration) mit Wohlbefinden haben Luhmann, Hofmann, Eid und Lucas (2012) vorgelegt. In ihrer Metaanalyse aus 188 Publikationen konnten sie signifikante Assoziationen der jeweiligen Life Events zu subjektivem Wohlbefinden darstellen. Auch als Auslöser oder Verstärker körperlicher Erkrankungen können kritische Lebensereignisse eine Rolle spielen. Brown et al. (2006) fanden bei Patienten mit multipler Sklerose einen überzufällig häufigen Zusammenhang von akuten Stressoren bei den Betroffenen mit einer erhöhten Schubfrequenz und bestätigten damit die Ergebnisse einer Metaanalyse von Mohr, Hart, Julian, Cox und Pelletier (2004), die ebenfalls Assoziationen von Life Events mit Häufigkeit der Schübe bei MS beschrieb. Tennant (2001) zufolge besteht Evidenz, dass zwischen Life Events und der (späteren) Entwicklung einer arteriellen Hypertonie ein kausaler Zusammenhang besteht.



## 2.2. Bewältigungsstrategien (“Coping”)

### 2.2.1. Definition und Entwicklung des Konzepts “Coping”

#### 2.2.1.1. Hintergrund

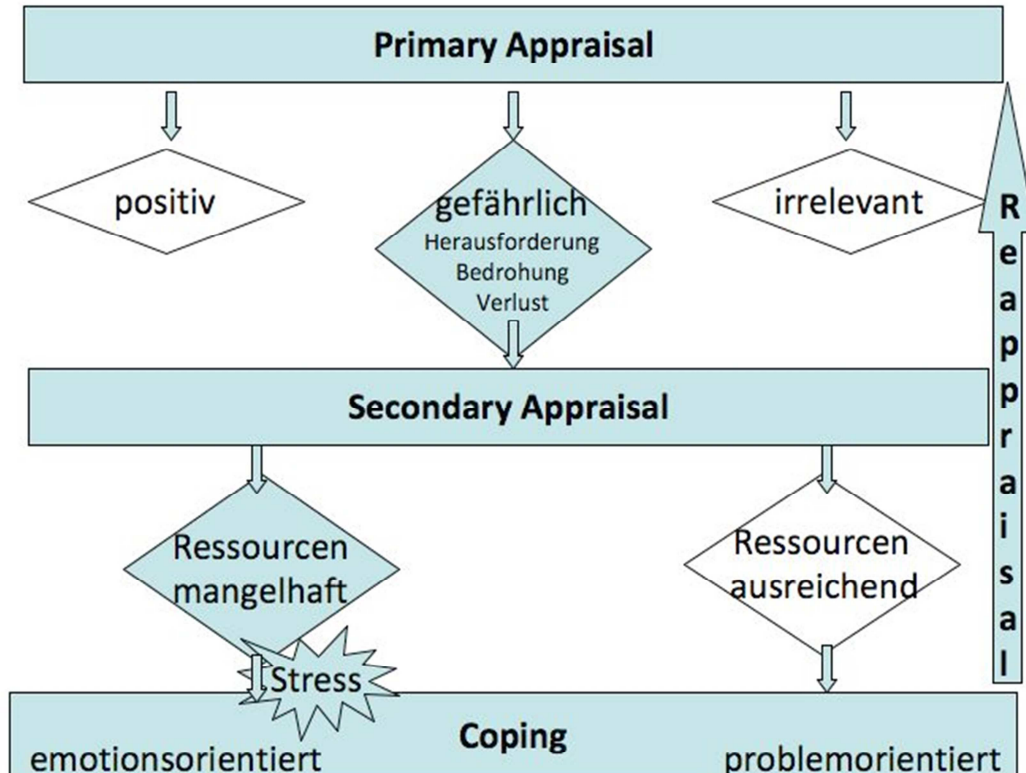
Der Begriff des Copings in seiner heutigen Anwendung ist ganz wesentlich auf die theoretischen Überlegungen von Lazarus zurückzuführen. In seinem Buch „*Psychological stress and the coping process*“ (1966) legte er den Grundstein für das transaktionale Stress-Modell, welches über die Jahre mit Hilfe einiger Mitarbeiter weiter ausgebaut wurde. Vor der Publikation von Lazarus’ Modell war Coping bereits kursorisch im Rahmen anderer psychologischer Strömungen wie der behavioralen, psychophysiologischen oder psychoanalytischen Theorie erforscht worden (Weis, 2002). Nach der heute weithin akzeptierten Definition von Lazarus und Folkman (1984) werden unter Coping die Gedanken und das Verhalten in einer als stressig bewerteten Situation verstanden, die von Menschen angewandt werden, um sowohl interne als auch externe Ansprüche dieser Situation zu bewältigen. Eingeschlossen sind hier alle handlungsorientierten, kognitiven und emotionalen Strategien, die zum Ziel haben, erwartete oder bestehende Belastungen abzumildern, zu verarbeiten oder abzuwehren (Klein & Lehr, 2011). Kontextualisierung ist dabei wichtig: Coping findet in Situationen statt, die als persönlich bedeutsam bewertet werden und die die persönlichen Ressourcen des Individuums stark fordern oder auch übersteigen (Folkman & Moskowitz, 2004). Coping ist somit ein komplexer Prozess, bei dem sowohl Gegebenheiten der Umwelt, also Ansprüche und Ressourcen „von außen“, als auch die individuellen Ressourcen und persönlichkeitsbedingten Dispositionen des Einzelnen zum Tragen kommen. Letztere sind für die Bewertung dessen, was als „stressig“ empfunden wird, entscheidend und können interindividuell erheblich variieren. So konnte Chang (1998) beispielhaft zeigen, dass es von Natur aus optimistisch veranlagten Menschen besser gelingt, subjektiv empfundene Belastungen zu bewältigen.

Im Deutschen wird der englische Terminus „Coping“ häufig beibehalten, da der Begriff des Copings (to cope = zurechtkommen, verarbeiten, bewältigen) eher prozessual orientiert ist, während die deutsche Übersetzung „Bewältigung“ oder „Verarbeitung“

tendenziell eher ein Resultat bzw. einen Endzustand impliziert. Der Begriff Coping umfasst sowohl einzelne Bewältigungsstrategien, wie auch das Ergebnis dieser. Erfolgreiche (funktionale) wie auch dysfunktionale Strategien, die in positiven oder negativen Emotionen münden, finden Berücksichtigung.

### 2.2.1.2. Das transaktionale Stress-Modell nach Lazarus und Folkman

Das transaktionale Stress-Modell ist die heute meistbeachtete und –gebrauchte theoretische Ausformung des Coping-Konzeptes. Nach der initialen Publikation 1984 wurde es von Richard Lazarus und einer Reihe ihm eng verbundener Mitarbeiter (insbes. Susan Folkman und Raymond Launier) über Jahre weiter entwickelt (Lazarus 1966, 1991, 1993, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1981). In diesem Modell werden sowohl Stress auslösende Faktoren als auch Belastungsreaktionen und Bewältigungsstrategien berücksichtigt (Hinz, 2008).



**Abbildung 1.** Das transaktionale Stress-Modell nach Lazarus

Nach diesem Modell hängt die empfundene Beanspruchung bei potentiell bedrohlichen oder herausfordernden Situationen von kognitiven Bewertungen ab. In der so genannten primären Bewertung, der Ersteinschätzung („Primary Appraisal“) einer Belastung, wird diese durch den Betroffenen bewertet: Die Einschätzung kann hierbei alle Facetten des Positiven und Negativen umfassen, also eine Einstufung als z.B. unbedeutend oder günstig, aber auch bedrohlich, herausfordernd oder gar schädigend beinhalten. Wird die Situation als potenziell herausfordernd bis schädigend bewertet, werden im Rahmen des „Secondary Appraisal“ (sekundäre Bewertung), dem unmittelbar daran anschließenden Prozess, die eigenen Ressourcen und Kompetenzen zur Bewältigung der Belastung beurteilt. Übersteigt die in der subjektiv getroffenen Bewertung empfundene Beanspruchung die Möglichkeiten einer Person, tritt eine Stressreaktion ein, die dann das eigentliche zu bewältigende Moment darstellt.

Im Rahmen des ablaufenden Bewältigungsprozesses findet durch die Person eine kognitive Neubewertung der Belastung statt, nach Lazarus „re-appraisal“ genannt, in der unter den veränderten Modalitäten – sowohl nach gelungener als auch misslungener Bewältigung – eine erneute Einschätzung der Situation erfolgt. Je nach Erfolg der Bewältigung werden hier positive oder negative Emotionen im Vordergrund stehen.

Sowohl die im „Primary Appraisal“ vorgenommenen Bewertungen als auch die Bewältigungsressourcen können interindividuell und zwischen verschiedenen Gruppen von Personen differieren. Als wichtigen Einflussfaktor nennen Lazarus und Folkman (1984) hier persönliche Überzeugungen (sogenannte „commitments“ und „beliefs“). Ein weiterer Faktor sind die in der Umwelt einer Person verorteten Ressourcen: Hierunter fallen zuvorderst das soziale Umfeld und die durch Bezugspersonen erfahrene sozial-emotionale Unterstützung, aber auch materielle/ finanzielle Ressourcen sind in diesem Bereich einzuordnen (Xanthopoulos & Daniel, 2013). Im Rahmen der Copingforschung wird über die Ausprägung und Nutzung personaler wie sozialer Ressourcen hinaus derzeit vor allem die situative Nutzung und Anpassung der Ressourcen untersucht. (Hinkel, 2008).

Initial wurden im transaktionalen Stress-Modell (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Dunke-Schetter, De Longis & Gruen, 1986) vor allem zwei Dimensionen von

Copingstrategien berücksichtigt: die problemorientierte („problem-focussed“) und die emotionsorientierte („emotion-focussed“) Bewältigung. Unter ersterer werden konkrete Schritte verstanden, die unternommen werden, um die Belastung zu überwinden und/ oder das bestehende Problem zu lösen. Diese Strategie ist aus nachvollziehbaren Gründen besonders dann erfolgreich, wenn die erlebte Belastung sich potentiell auflösen lässt. Für diesen Fall konnten z.B. Penley, Tomaka und Wiebe (2002) in ihrer Meta-Analyse zu Coping und physischer/ psychischer Gesundheit zeigen, dass problemorientiertes Coping mit Gesundheit signifikant positiv korreliert. Es finden sich bis hin zur zellulären Ebene Hinweise auf ein Zusammenspiel von problemorientierten Copingstrategien, empfundener Belastung und dem Immunsystem, so beispielhaft bei Stowell, Kiecolt-Glaser und Glaser (2001).

Die emotionsbezogene Bewältigungsform dagegen hat die Reduktion der emotionalen Spannung in Situationen, deren Kontrolle sich dem Individuum ganz oder teilweise entzieht, zum Ziel. Es geht hierbei also eher darum, sich an voraussichtlich unveränderliche Gegebenheiten zu adaptieren und zu einem möglichst funktionalen Umgang damit zu finden. Nach der „Goodness-of-fit“ – Hypothese sind die Effekte des problemorientierten versus emotionszentrierten Copings durch die erwartete Kontrollierbarkeit der Belastung moderiert (Zakowski, Hall, Klein & Baum, 2001). Beispielsweise entzieht sich eine chronische Erkrankung in gewissem Maße der Kontrolle des Individuums – eine problembezogene Bewältigung kann hier nur teilleffektiv sein, da die Belastung nicht endgültig beseitigbar sein wird. Über eine emotionale Adaptation an die neue Lebensgegebenheit kann aber eine Bewältigung erfolgen.

Die emotionale Anpassung wird eher als kurzfristige Bewältigungsstrategie gesehen, gerade in der Situation einer chronischen Belastung, wie z.B. einer Erkrankung, ist die Verarbeitung daher nicht unbedingt befriedigend. Stanton, Kirk, Cameron und Danoff-Burg (2000) argumentieren, dass emotionale Verarbeitung kurzfristig zur Anpassung hilfreich ist, längerfristig jedoch ruminativen Charakter gewinnt und damit weniger hilfreich ist. Jedoch können sich durch längerfristige Belastungssituationen für die Betroffenen neue Aspekte des Lebens ergeben, die zu einer positiven Neubewertung der eigenen Situation führen: Auf dem Boden dieser Beobachtung ergänzte Susan Folkman (1997; Folkman & Greer, 2000) die beiden klassischen Bewältigungsstile des

transaktionalen Stress-Modells um die Komponente der sinnbasierten Bewältigung (im Original: „meaning-based coping“). Dieses Konstrukt beinhaltet, der neuen Situation Gutes abzugewinnen und sich an positive Dinge des eigenen Lebens zurückzuerinnern. Weiter hilft es den Betroffenen, nicht mehr erreichbare Ziele im Leben aufzugeben und durch neue, realistische zu ersetzen, denen auch positive Seiten abgewonnen werden können. Alltägliche Ereignisse können intensiver wertgeschätzt und als sinnstiftend empfunden werden (Folkman, 2008). Sich an kleinen Dingen zu freuen verstärkt die positive Wahrnehmung des Lebens ebenso wie die Erneuerung der eigenen Prioritäten.

Unter dem Aspekt des „meaning-based coping“ wird neben den bereits genannten Aspekten auch explizit die Dimension der Spiritualität angeführt (Park & Folkman, 1997; Park, 2005a, b). So kann beispielsweise die Überzeugung, nach einer göttlichen Vorhersehung einen bestimmten Lebensweg geführt zu werden, ebenso sinnstiftend sein wie die Kognition, dass eine bestimmte Herausforderung eine innerliche, geistliche Reifung zum Ziel hat.

#### 2.2.1.3. Weitere Aspekte

Ebenfalls in Ergänzung zu dem von Lazarus und Folkman (1984) entwickelten transaktionalen Stress-Modell ist der Aspekt des sozialen Copings zu sehen. Während Lazarus und Folkman sich initial vor allem durch Betonung der persönlichen Kontrolle, des persönlichen Handelns etc. dem Copingprozess des Individuums zuwandten, griffen andere Autoren den Einfluss des individuellen Copings auf soziale Beziehungen stärker auf. Carver, Scheier und Weintraub (1989) berücksichtigten in der theoretischen Entwicklung der COPE-Skala sowohl problemorientiertes soziales Coping (z.B. sich Rat oder praktische Hilfe einholen), als auch emotionszentriertes soziales Coping (z.B. Trost, Verständnis, moralische Unterstützung einholen). In der COPE-Skala fallen diese theoretisch distinkten Dimensionen zu einem von vier Hauptfaktoren zusammen (Carver et al., 1989). Soziale Unterstützung findet als Copingstrategie seither zunehmend Beachtung in der Forschung (Berghuis & Stanton, 2002; Zautra, Sheets & Sandler, 1996).

Übersichtsarbeiten und Kommentare zum transaktionalen Stress-Modell finden sich weiterführend u.a. bei Weis (2002), Faller (1998), Krohne (1997), Maes, Leventhal und DeRidder (1996) sowie Rüger, Blomert und Förster (1990).

## **2.2.2. Religiöses Coping**

### *2.2.2.1. Konzept und Operationalisierung*

Religiöses Coping lässt sich als eine Form des „meaning-based Coping“ verstehen, welches im transaktionalen Stress-Modell berücksichtigt wird. Wenngleich es sich beim religiösen Coping nur um eine Strategie aus dem Gesamtspektrum der Coping-Ansätze handelt, ist bemerkenswert, dass hierzu die meisten und konsistentesten Ergebnisse vorliegen (Pargament, 2007). Zudem gilt das theoretische Fundament des religiösen Copings als besonders ausdifferenziert und solide (Klein & Lehr, 2011). Nach Schowalter und Murken (2003) kommt religiösem Coping eine zentrale Bedeutung bei der Frage nach Einflüssen von Religion auf Gesundheit zu.

Empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Religiosität und Bewältigung kritischer Lebensereignisse ergeben teilweise inkonsistente Ergebnisse (Pargament, Ano & Wachholtz, 2005; Stefanek, McDonald & Hess, 2005; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar & Newman, 2006), was unter anderem durch erhebliche Unterschiede im inhaltlichen Verständnis und der Operationalisierung von Religiosität begründet liegt. Tendenziell wird der Begriff „Religiosität“ eher mit institutionalisiertem Glauben assoziiert, z.B. als Übereinstimmen mit „Glaubensüberzeugungen und Handlungen bestimmter Traditionen“ (Peteet, 1994, S. 237). Berücksichtigung in empirischen Untersuchungen und der allgemeinen Diktion findet jedoch auch der Begriff der „Spiritualität“, der weniger die formalisierte Beziehung zu einer „klassischen“ Religion umfasst, als die individuelle Verbundenheit mit etwas Heiligem oder größerem Ganzen. Hier steht die Suche nach Sinn und Fähigkeit zur Selbstentfaltung/ -transzendenz im Vordergrund (vgl. die Übersicht von Utsch & Klein, 2011; Scharfetter, 1998).

Obwohl religiöser Glaube und Fragen nach Lebenssinn von Menschen als wichtig erachtet werden und ein Austausch hierüber oft gewünscht wird (Jenkins & Pargament, 1995), ist die dezidierte Erforschung der einzelnen Bewältigungsmechanismen erst mit der Entwicklung spezifischer Messinstrumente religiösen Copings möglich geworden. Zuvor beschränkte sich die Abfrage religiöser Überzeugungen auf einzelne Items oder Skalen (Krause, Ellison, Shaw, Marcum & Boardman, 2001; Mehnert & Koch, 2001), oder globale Indizes, wie Frequenz der Kirchgänge oder Selbsteinschätzung der Religiosität (Hill & Pargament, 2003). Ob und warum bei den untersuchten Variablen Zusammenhänge zur Gesundheit bestehen, ist jedoch mithilfe dieser verkürzten Abfragen nicht befriedigend zu beantworten. In den 1980er und 1990er Jahren wurden Skalen entwickelt, die die positiven Potenziale religiöser Bewältigung global in einer einzelnen Skala operationalisierten, wie die „Religious Coping Scale“ (Bjorck, 1991; Bjorck & Cohen, 1993) und die „Ways of Religious Coping Scale“ von Boudreaux, Catz, Ryan, Amaral-Melendez und Brantley (1995). Carver et al. (1989) sowie Parker und Brown (1982) stellten Instrumente vor, in denen religiöses Coping als eine Strategie unter anderen konzipiert wurde.

Zur inhaltlichen und operationalisierten Ausdifferenzierung des religiösen Copings hat im Wesentlichen die Arbeit von Kenneth I. Pargament und seiner Arbeitsgruppe beigetragen. Ihm zufolge können religiöse Überzeugungen und Deutungsmuster in die Bewertungsprozesse des transaktionalen Stress-Modells eingeordnet werden (Newman & Pargament, 1990; Pargament et al., 1990; Pargament & Hahn, 1986). Klassische Copingstile können somit quasi religiös übersetzt werden: So kann bereits im Rahmen des „Primary Appraisal“ eine Einordnung der Belastung in Bezug auf Gott erfolgen, z.B. als Bedrohung („Will Gott mich damit strafen?“). Im „Secondary Appraisal“ kann die ganze Bandbreite religiöser Ressourcen abgerufen werden, um in den Bewältigungsprozess einzufließen: So kann beispielsweise das Vertrauen auf einen liebevollen und wohlmeinenden Gott die Bedrohung der Belastung abmildern. Durch das Gefühl, bei Gott geborgen zu sein, wird Sicherheit vermittelt, durch Gebet besteht die Möglichkeit, sich Gottes Eingreifen zu erbitten (Dörr, 2001; Schowalter & Murken, 2003).

Pargament et al. (1988) beschrieben dabei mit der „Religious Problem Solving Scale“ (s. auch Stiehler Thurston, 1999) initial drei Strategien spezifisch religiöser Bewältigung: einen „delegierenden“ Copingstil, in dem die Verantwortung komplett Gott/ einer höheren Macht angetragen wird und der Mensch passiv abwartend verharrt; den „kollaborativen“ Stil, in dem der Mensch sich Gottes Unterstützung erwartet, aber proaktiv selbst initiativ wird, um die Herausforderung zu bewältigen sowie die Form des „selbst-direktiven“ Copings. Hier wird ausschließlich auf das eigene Handeln vertraut, wobei ein Bezug zu Gott grundlegend nicht ausgeschlossen ist. Die drei Subskalen zeigen gute psychometrische Kennwerte (Pargament et al., 1988), die auch in den Untersuchungen von Fox, Blanton und Morris (1998) sowie Wong-McDonald und Gorsuch (2000) repliziert werden konnten.

Von den drei beschriebenen Formen religiöser Bewältigung scheint vor allem der kollaborative Stil zu einer erfolgreichen Bewältigung beizutragen: Pargament (1988) konnte Zusammenhänge zu mehr Selbstbewusstsein nachweisen, Schaefer und Gorsuch (1991) fanden negative Assoziationen zu Angst, und Rutledge und Spilka (1993) konnten eine negative Assoziation zu Depressivität nachweisen. Auch Menschen, die den selbst-direktiven Stil anwenden, haben Pargament (1988) zufolge mehr Selbstbewusstsein, allerdings geht diese größere Eigenständigkeit mit höherer Ängstlichkeit (Schaefer & Gorsuch, 1991) einher. Bei geringerem Belastungsniveau ist nach Pargament (1997) der selbst-direktive Stil möglicherweise hilfreich, in Situationen, die mit großem Kontrollverlust einhergehen, aber wohl eher abträglich.

In der Weiterentwicklung des Konzepts religiösen Copings durch Pargament wurden weitere Strategien identifiziert, u.a. mit der „Religious Coping Activities Scale“ (Pargament et al., 1990; Watson, 1999). Hier wurden vor allem religiöse Praktiken überprüft, die zur Bewältigung eingesetzt werden. Demnach können religiöse Bewältigungsstrategien zum Kontrollgewinn, zur Bedeutungsfindung und Sinngebung, zum Erlangen von Trost und Nähegefühl sowohl zu Gott als auch anderen Menschen und als Impuls zur Lebenstransformation dienen (Pargament et al., 2000). Unterscheiden lassen sich ferner Varianten, die als funktional in dem Sinne betrachtet werden, dass die eigene Religiosität dadurch gestärkt wird, von Copingformen, die eher negativ Glaubensüberzeugungen in Frage stellen und Unsicherheit auslösen. Als



letztere ließen sich beispielsweise Zweifel an der Macht Gottes oder Unzufriedenheit mit Gottes Handeln nennen.

Nach Tix und Frazier (1998) lassen sich zusammenfassend folgende konzeptionell-theoretischen positiven wie negativen Wirkweisen religiöser Bewältigung nennen:

**Positive Dimensionen:**

- Sinn- und Bedeutungsfindung im Leben
- Verstärkte Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl
- Kontrollgewinn in Situationen mit unsicherem Ausgang
- Schicksalhafte Ereignisse können in einen größeren Zusammenhang eingeordnet werden
- Hoffnung, Trost und emotionale Unterstützung

**Negative Dimensionen:**

- Vermehrte Ängste, z.B. durch Furcht vor göttlicher Bestrafung
- Verstärkung von Schuldgefühlen
- Belastung durch Verzweiflung und das Gefühl, von Gott verlassen worden zu sein
- Schlechtere Compliance durch religiöse Vorschriften

Die Attribution religiöser Copingstile als positiv oder negativ muss kritisch betrachtet werden. Inhaltlich sind damit in der Regel Copingstrategien gemeint, die entweder potenziell hilfreich in der Bewältigung sind (z.B. Vertrauen in Gott, Trost, Bitte um Eingreifen), während unter negativen Strategien (Gefühl des Verlassenseins, der Bestrafung) Emotionen und Verhaltensweisen verstanden werden, die ein zusätzliches Belastungspotenzial darstellen. Als positives religiöses Coping werden also die Dimensionen bezeichnet, von denen man sich theoretisch wie empirisch Zusammenhänge zu positiven Auswirkungen auf psychische Gesundheit, Wohlbefinden oder persönliche Reifung erwartet (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2004), wohingegen negatives religiöses Coping mit Verschlechterung psychischer Gesundheit assoziiert sein soll.

Die Bezeichnung der jeweiligen Stile als „positiv“ und „negativ“ impliziert also per se *nicht* das Ergebnis der Bewältigung, d.h. ob diese erfolgreich oder nicht erfolgreich abläuft, wenngleich es durchaus Hinweise gibt, dass positives religiöses Coping verstärkt mit erfolgreicher Bewältigung einhergeht und negatives verstärkt mit unbefriedigendem Ergebnis der Bewältigung.

In ihrer Metaanalyse zu 49 Untersuchungen positiver und negativer religiöser Copingstile konnten Ano und Vasconelles (2005) zeigen, dass positive religiöse Bewältigungsstile funktional sind – da mit erfolgreicher Bewältigung einhergehend –, während negative Formen religiösen Copings mit signifikant schlechterem Bewältigungserfolg eher als dysfunktional anzusehen sind. So führen letztere auch zu mehr Distress und gehen mit einer erhöhten Mortalität einher (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2001). Negative religiöse Bewältigung ist daher tendenziell maladaptiv, jedoch konnten Pargament et al. (2004) aufzeigen, dass negative Strategien bei vorübergehendem Einsatz im Sinne eines Reifungsprozesses zur Anpassung beitragen können. Die theoretische Dichotomie des Modells soll nicht dazu verleiten, diese auch in der Praxis streng aufgeteilt zu erwarten. Menschen können durchaus sowohl negative als auch positive religiöse Bewältigungsstrategien parallel einsetzen, wie z.B. Fitchett et al. (2004) zeigen konnten.

Generell zeigt sich in der Literatur, dass positive religiöse Copingstile zum einen häufiger untersucht wurden (Thuné-Boyle et al., 2006), zum anderen aber auch deutlich häufiger angewandt werden (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998; Pargament et al., 2000; Pargament, Tarakeshwar, Ellison & Wulff, 2001b). In den letzten Jahren gibt es jedoch vermehrt Hinweise darauf, dass sogenannte negative religiöse Bewältigungsformen der stärkere Prädiktor für das Maß der psychosozialen Anpassung sein könnten, so z.B. in einer Längsschnittuntersuchung von Pargament et al. (2004), bei Sherman, Simonton, Latif, Spohn und Tricot (2005), und auch in einer prospektiven Studie an knochenmarkstransplantierten Patienten (Sherman, Plante, Simonton, Latif & Anaissie, 2009) und bei Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber und Murken (2006).

Unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse der beiden bisherigen Skalen zum religiösen Coping („Ways of Religious Coping Scale“ von Boudreaux et al., 1995, und der „Religious Problem Solving Scale“ von Pargament et al., 1988) entwickelten Pargament, Koenig und Perez (2000) den RCOPE, ein theorie-basiertes neues Instrument mit dem Ziel, alle Dimensionen religiöser Bewältigung abzubilden. Explizit sollten sowohl potenziell hilfreiche als auch dysfunktionale Copingstrategien Eingang finden, um ein differenzierteres Verständnis der Mechanismen religiöser Bewältigung zu ermöglichen. Insgesamt besteht das Instrument aus 21 Skalen, die gute psychometrische Kennwerte aufweisen (s. Kap. 3.1), es existieren mehrere Übersetzungen und Adaptationen, z.B. ins Niederländische (Alma, Pieper & van Uden, 2003) und Polnische (Talik, 2011).

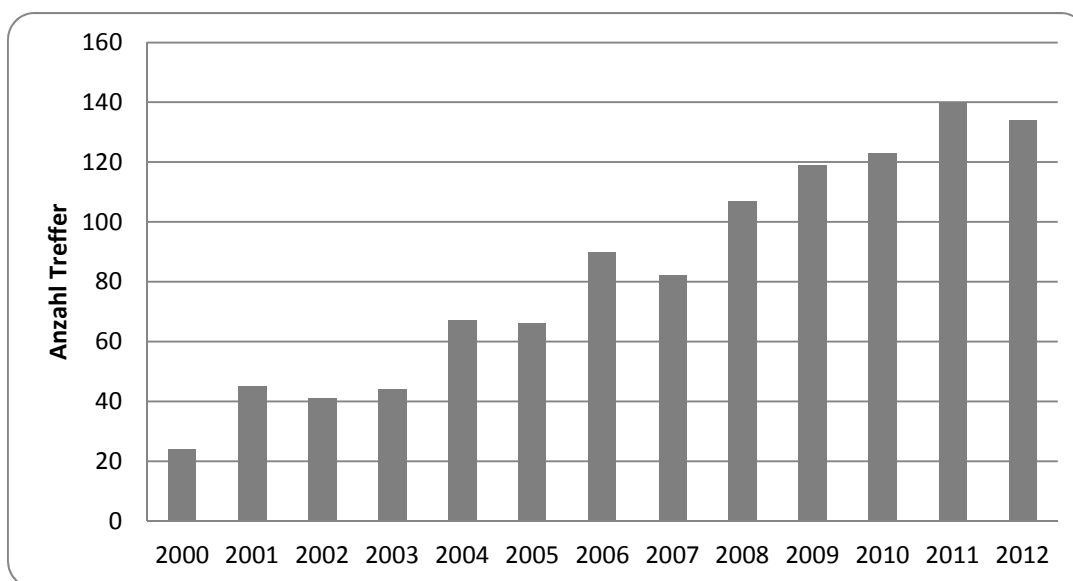
Dieses sehr umfangreiche Diagnostikum erlaubt die detaillierte Betrachtung einzelner Dimensionen religiösen Copings. Anhand der Literatur lässt sich jedoch feststellen, dass in der Regel mehrere Dimensionen religiöser Bewältigung im Sinne eines Bewältigungsmusters angewandt werden (Pargament et al., 1990). Um die Muster religiösen Copings eingehender zu studieren, wurde in der Folge ein ökonomischeres Kurzinstrument extrahiert, der Brief-RCOPE (Pargament et al., 1998). Die Bewältigungsmuster positives und negatives religiöses Coping werden durch zwei Skalen abgebildet. Der Brief-RCOPE (Pargament et al., 1998; Pargament, Tarakeshwar, Ellison & Wulff, 2001b) umfasst sieben Items pro Skala und eignet sich als ökonomisches Screening-Instrument für wissenschaftliche Untersuchungen sowie den klinischen Alltag.

Die Skalen des RCOPE und Brief-RCOPE sind ebenso wie die anderen erwähnten Messinstrumente inhaltlich auf den christlichen Glauben bzw. auf ein jüdisch-christliches Weltbild ausgerichtet. Pargament, Poloma und Tarakeshwar (2001a) versuchten im Bewusstsein dieser Einschränkung, das Modell des religiösen Copings auf andere Weltreligionen zu übertragen. Im Rahmen des RCOPE-Projekts sind weitere Skalen entwickelt worden, die das Spektrum religiöser Bewältigung um die jeweils bezeichnenden Merkmale anderer Religionen erweitern. So wurde 2009 der „JCOPE“ publiziert, ein Fragebogen zur Erhebung religiösen Copings bei Juden (Rosmarin,

Pargament, Krumrei & Flanely, 2009). Tarakeshwar, Pargament und Mahoney (2003a, b) entwickelten ein entsprechendes Instrument für Hindus. In jüngerer Zeit ist der Brief-RCOPE auch bei Angehörigen muslimischen Glaubens eingesetzt worden, wobei sich ähnliche Trends wie bei den christlichen Stichproben hinsichtlich Assoziationen zu Ängstlichkeit und Depressivität zeigen (Braam et al., 2010; Nurasikin et al., 2012). Weiter gibt es Ansätze, jenseits der großen Weltreligionen spirituelles Coping in nicht-theistischen Religionen zu erfassen, z.B. in den Untersuchungen von Bänziger, van Uden und Janssen (2008) sowie Pieper und Uden (2005).

#### 2.2.2.2. Empirische Befunde zum religiösen Coping

In den letzten Jahren ließ sich ein deutlicher Anstieg der Literatur zum Thema religiöse Bewältigung und verschiedenen Variablen der Gesundheit verzeichnen. Koenig (2012) zufolge sind davon 80% Untersuchungen zu Zusammenhängen von Religiosität und psychischer Gesundheit. Verdeutlicht wird die zunehmende Berücksichtigung dieser Themen durch die Forschung mit der unten stehenden Grafik, in der sich eine Zunahme der Treffer unter dem Stichwort „religious coping“ in der Datenbank MedLine um mehr als das Fünffache innerhalb der letzten 12 Jahre zeigt.



**Abbildung 2.** Medline-Suche mit dem Suchbegriff „religious coping“, Jahre 2000 – 2012, Suchdatum 23.5.2013

Im Folgenden soll exemplarisch eine kurze Übersicht der bisher bekannten Befunde gegeben werden.

Pargament hat über seine Forschungsergebnisse im Abstand von zehn Jahren zwei umfangreiche Monographien veröffentlicht (Pargament, 1997, 2007). Zudem erschien 2013 das „APA Handbook for the Psychology of Religion and Spirituality“ unter seiner Herausgeberschaft (Pargament, 2013). Neben seinen Werken sind die Reviews zum religiösen Coping von Bjorck (1997), Harrison et al. (2001) sowie Pargament, Ano und Wachholtz (2005) hervorzuheben. Die Metaanalyse von Ano und Vasconelles (2005) zu den empirischen Ergebnissen religiöser Bewältigung fand bereits Erwähnung. Durch die zunehmende Beachtung des Konstrukts finden sich mittlerweile Untersuchungen zu einer Fülle von Belastungssituationen, wobei der ganz überwiegende Anteil der Studien die Bewältigung schwerer Belastungen untersucht. Darunter fallen potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen (Halstead & Fernster, 1994; Alferi et al., 1999; Brady, Petermann, Fitchett, Mo & Cella, 1999; Holland et al., 1999; Mytko & Knight, 1999; Culver, Arena, Antoni & Carver, 2002; Nairn & Merluzzi, 2003 und Tarakeshwar et al., 2006). Sowohl Taylor, Lichtman und Wood (1984) als auch Johnson und Spilka (1991) untersuchten religiöses Coping bei Brustkrebspatientinnen. Taylor, Outlaw, Bernardo und Roy (1999) fokussierten sich in ihrer Studie besonders auf religiöse Konflikte („spiritual struggle“) in der Bewältigung von Krebserkrankungen. Thuné-Boyle et al. (2006) legten eine Übersicht der vorhandenen Literatur zum Thema religiöse Bewältigung und Anpassung bei Krebserkrankung vor.

Originell ist die Untersuchung von Pargament et al. (1999) zur Anwendung religiöser Bewältigungsstrategien durch Menschen, die im Warteraum das Ergebnis einer Bypassoperation eines Angehörigen abwarteten. Religiöse Bewältigungsstile, die auf Kontrollgewinn abzielen, waren hier stärker mit günstiger Anpassung assoziiert als nicht-religiöse Bewältigungsstile. Insbesondere der kollaborative religiöse Bewältigungsstil war mit besserem psychischem Outcome assoziiert.

Weitere Untersuchungsfelder religiöser Bewältigung stellen chronische körperliche Erkrankungen dar, z.B. bei Dein und Stygall (1997), Cigrang, Hryshko Mullen und Peterson (2003), Harrison et al. (2005) und Vandecreek et al. (2004, bei Patienten mit

rheumatoider Arthritis). Als Gruppe mit besonderem Leidensdruck und chronischer Bewältigungsanforderung sind vermehrt Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom untersucht worden (Ashby & Lenhart, 1994; Bush et al., 1999; Wachholtz, Pearce & Koenig, 2007). Ebenfalls erwähnenswert ist die Untersuchung von Burkert, Evon, Sedway und Egan (2005), die Patienten in der extremen Anspannungssituation vor einer Organtransplantation untersuchten.

Auch schwere belastende Lebensereignisse wie z.B. Krankheit, Tod eines nahestehenden Menschen oder Scheidung wurden wiederholt untersucht, so bei Pargament et al. (1992), Smith, McCullough und Poll (2003), Winter (2006) und Winter et al. (2009). Auch der Verlust des Arbeitsplatzes wurde als „Life Event“ untersucht, so z.B. bei Shams und Jackson (1993). McIntosh, Silver und Wortman (1993) erforschten religiöse Bewältigung im Zusammenhang mit dem Tod eines Kindes, Park und Cohen (1993) befragten Angehörige nach dem Verlust eines nahe stehenden Menschen. Pargament veröffentlichte 1994 eine Untersuchung zu religiösem Coping an Veteranen des Golfkriegs. Weitere Aspekte zu religiösem Coping und Trauma untersuchten Schuster et al. (2001), die religiöse Bewältigung nach den Terrorangriffen vom 9. September 2001 in New York untersuchten, sowie Ganzevoort (2001) in einer Untersuchung zu sexuellem Missbrauch und Pargament, Murray-Swank und Mahoney (2008), die sich mit dem besonders heiklen Thema des sexuellen Missbrauchs durch Geistliche auseinandersetzten.

Auch speziellere Fragestellungen zur psychischen Gesundheit sind mehrfach untersucht worden. Das Gros bilden hier Studien zur religiösen Bewältigung psychischer Erkrankungen (vgl. Bergin, Masters & Richards, 1987; Koenig et al., 1992; Bosworth, Park, McQuoid, Hays & Steffens, 2003; Braam et al., 2004 und Pieper, 2004). Assoziationen von Religiosität zu psychischer Gesundheit im Allgemeinen wurden von Hackney und Sanders (2003) in ihrer Metaanalyse von 35 Studien ausführlich untersucht. Zusammenfassend stellten die Autoren einen positiven Effekt von Religiosität auf das psychische Wohlbefinden fest, wobei der Effekt für persönliche Überzeugungen gegenüber institutionalisierter Religiosität deutlich stärker ausfiel. Bonelli und Koenig (2013) kamen in ihrem Review zu dem Schluss, dass von 43 untersuchten Publikationen zum Thema psychische Gesundheit und Religiosität in 72%

ein positiver Zusammenhang bestand, d.h. Religiosität war im Mittel mit besserer psychischer Gesundheit assoziiert. Dieser Zusammenhang ließ sich bei allen Studien zu den Themen Demenz, Suizidalität und stress-bezogene Erkrankungen nachweisen. Überwiegend positive Assoziationen fanden sich in Studien zu Depression und Substanzmissbrauch. Negative bzw. fehlende Assoziationen von Religiosität fanden sich in Studien zu bipolarer Erkrankung, gemischte Resultate in Studien an Patienten mit Schizophrenie (Bonelli & Koenig, 2013).

### *2.2.2.3. Untersuchungen zu religiösem Coping im deutschsprachigen Raum*

Die überwältigende Mehrheit der Studien zum religiösen Coping untersuchte US-amerikanische Populationen. Aufgrund bestehender kultureller Differenzen, insbesondere in der Ausprägung der gelebten Religiosität, stellt sich daher die Frage nach der Übertragbarkeit amerikanischer Forschungsergebnisse für den europäischen und insbesondere den deutschsprachigen Raum (Murken & Reis, 2011). Zum einen ist die Zentralität von Religion in Deutschland als geringer anzusehen (Huber, 2003, 2011), zum anderen ist insbesondere der Anteil hochreligiöser Menschen in Deutschland im Vergleich zu den USA deutlich geringer. Im Religions-Monitor der Bertelsmann-Stiftung (2007) werden 18% der Befragten als hoch-religiös bezeichnet, für die USA wird der Anteil der hoch-religiösen mit 64% angegeben (Bertelsmann-Stiftung, 2007). 28% der Deutschen bezeichnen sich als nicht-religiös, dies trifft nur auf 8% der US-Amerikaner zu (Joas, 2007). Auch in internationalen Studien zu religiösem Coping sind die Angaben zur Wichtigkeit von Religiosität und Glaube für die Krankheitsverarbeitung heterogen: In einer US-amerikanischen Untersuchung von Feher und Maly (1999) gaben 91% der an Brustkrebs erkrankten Patientinnen an, dass Spiritualität und religiöser Glaube für sie bei der Bewältigung wichtig waren. Jedoch berichteten dies in der deutschen Stichprobe von Deister (2000; HIV-, Krebs- und kardiologische Patienten) nur 13% der Befragten. Cigrang et al. (2003) stellten in ihrer US-amerikanischen Stichprobe von z.T. schwer kranken Patienten die offene Frage, was bei der Bewältigung der Erkrankung helfe, um einen Suggestiveffekt zu vermeiden. 26% der Teilnehmenden machten hier die spontane Angabe von Religion als Copingressource.

Mehnert und Koch (2001) stellten in ihrer Untersuchung an Krebspatienten in Deutschland fest, dass die Betroffenen signifikant mehr beteten als die Normalbevölkerung. Muthny, Bechtel und Spaete berichteten bereits 1992, dass „Trost im religiösen Glauben“ in Kollektiven von Herzinfarkt-, Dialyse-, Krebs- und MS-Patientinnen unter den drei am stärksten genutzten Bewältigungsmöglichkeiten zu finden ist. Beispielhaft seien außerdem die qualitativen Interviewstudien von Käppeli (1998, 2000) an krebserkrankten Schweizer Juden und Christen erwähnt, in denen religiöse Motive in den Interviews über Krankheitsbewältigung einen großen Stellenwert einnehmen.

Die Arbeitsgruppe um Mehnert publizierte vor allem Untersuchungen an Krebspatienten, z.B. mit an Brustkrebs (Mehnert, 2008) und malignem Melanom (Mehnert, Rieß & Koch, 2003) Erkrankten. In diesen Arbeiten wurde in erster Linie Religiosität als Ressource in der Krankheitsverarbeitung untersucht. Einen ähnlichen Ansatz verfolgten Büssing, Fischer, Ostermann und Matthiessen in den Untersuchungen an Krebspatienten (2008), Patienten mit chronischen Schmerzen (Büssing et al., 2009) und weiteren chronischen Erkrankungen (Büssing et al., 2006; Büssing, Ostermann & Koenig, 2007). Die genannten Arbeiten konnten jeweils substantielle Hinweise auf den positiven Effekt von religiösen Praktiken und Handlungsweisen auf die Krankheitsverarbeitung nachweisen.

Näher am Konzept Pargaments sind die Untersuchungen von Kremer (2001) an Schlaganfallpatienten, und die Studien von Dörr (2001, 2004), in denen in Anlehnung an die „Religious Problem Solving Scale“ ein Fragebogen mit den drei Bewältigungsstilen nach Pargament „selbst-direktiv“, „kollaborativ“ und „delegierend“ konstruiert und angewendet wurde. Auch hier zeigte sich das kooperierende religiöse Coping als vorteilhaft, indem für diesen Bewältigungsstil als einziger ein direkter negativer Zusammenhang mit Depressivität gezeigt werden konnte.

Znoj, Morgenthaler und Zwingmann (2004) untersuchten Eltern, die den Tod eines Kindes verarbeiten mussten, mithilfe einer Skala auf Basis der „Religious Coping Activities Scale“. Hier zeigte sich religiöse Bewältigung als Prädiktor für erhöhte Depressivität, wenngleich die Interpretation des Kindstods als Teil eines göttlichen Plans mit geringerer Depressivität einherging. Dies wurde von den Autoren



dahingehend interpretiert, dass betroffene Eltern hierdurch die Kontrolle der Situation an Gott delegierten und somit einen besseren Umgang damit finden konnten.

Winter und Mitarbeiter setzten für ihre Untersuchungen an einer religiösen Stichprobe (Schweizer Kirchgänger) Skalen positiver und negativer religiöser Bewältigung aus dem RCOPE ein und befragten die Teilnehmenden hinsichtlich belastender Lebensereignisse (Winter, 2006; Winter et al., 2009). Ergänzend wurden die persönliche Reifung und Wohlbefinden erfasst. Die Autoren konnten zeigen, dass beide Formen religiöser Bewältigung positiv mit persönlicher Reifung assoziiert waren. Negatives religiöses Coping reduzierte das Wohlbefinden und war zudem mit Ängstlichkeit und Depressivität assoziiert. Auch die Arbeitsgruppe um Murken (Murken & Müller, 2007; Müller, 2008; Zwingmann, Müller, Körber & Murken, 2008) untersuchte positive und negative Strategien religiöser Bewältigung mit besonderer Berücksichtigung der Differenzen *situationsgebundenen* religiösen Copings zu *grundsätzlicher* ausgeprägter religiöser Einstellung. Hier konnte eine engere Assoziation positiven und negativen religiösen Copings zu Ängstlichkeit gegenüber alleiniger religiöser Einstellung gezeigt werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anwendung religiöser Bewältigungsstrategien fanden Murken, Namini, Gross und Körber (2010) in der Untersuchung an Patienten mit Darmkrebs: Frauen wandten generell häufiger religiöses Coping an, als Confounder zeigte sich hier jedoch ein generell höheres Maß der Zentralität von Religion bei Frauen. Positives religiöses Coping war mit besserem psychischem Befinden assoziiert.

Analog zu den internationalen Studien findet sich auch im deutschen Sprachraum eine deutlich häufigere Anwendung positiver religiöser Bewältigungsstile im Vergleich zu negativen. Vor allem für positives, kollaboratives Bewältigungsverhalten lassen sich konsistente Ergebnisse nachweisen, wenngleich auch für negatives religiöses Coping z.T. deutliche Effekte gefunden werden. Eine abschließende Bewertung der Bedeutung religiöser Bewältigung für den deutschen Sprachraum ist mit dem gegenwärtigen Stand der Literatur sicher noch nicht möglich, insbesondere sind Longitudinalstudien zu diesem Thema noch ausstehend (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 1.** Übersicht deutscher Arbeiten zum religiösen Coping

Studie	Teilnehmer	Stichproben- Charakteristika	Untersuchte Zusammenhänge	Messinstrument religiöses Coping	Design/ Evidenzgrad	Zentrale Ergebnisse
Allemand & Znoj, 2004	N = 112 (w = 69.9%)	Patienten einer psychosomatischen Klinik	Religiosität, Coping, Wohlbefinden	MMRI	Eingruppen-prä-post- Design	Religiosität und Wohlbefinden gegen Ende der Therapie stärker miteinander assoziiert  Hochreligiöse nutzen häufiger religiöse Copingstrategien
Büssing, Ostermann & König, 2007	N = 710 (w > m)	Patienten mit chronischer Erkrankung (MS, Tumore, Schmerz)	Ausprägung Religiosität/ Spiritualität bei verschiedenen Erkrankungen	SpREUK	Querschnitt	> 2/3 der Pat. halten R/S für wichtig  für Krebspatienten Vertrauen in höhere Macht wichtiger Faktor
Büssing et al., 2009	N = 580 (w = 80%)	Patienten mit chronischem Schmerz	RC, adaptives Coping, Lebenszufriedenheit	SpREUK	Querschnitt	R/S weniger wichtig als bei Patienten mit Tumorerkrankung „Reappraisal coping“ assoziiert mit R/S

Studie	Teilnehmer	Stichproben-Charakteristika	Untersuchte Zusammenhänge	Messinstrument religiöses Coping	Design/Evidenzgrad	Zentrale Ergebnisse
Büssing, Fischer, Ostermann & Matthiessen, 2008	N = 396 (w = 100%)	Ostdeutsche Patientinnen mit einer Krebserkrankung	Intrinsische Religiosität, Depression	RGH Skala des AKU	Querschnitt	RGH mit Reappraisal, Lebenszufriedenheit assoziiert  RGH nicht mit Ängstlichkeit, Depressivität, Fatigue assoziiert
Dörr, 2004	N = 192	Psychiatrische Patienten	RC, Life Events, psychische Gesundheit	RPSS, deutsche Version	Querschnitt	Kooperatives Coping neg. mit Depressivität assoziiert, einziger Faktor mit direktem Effekt auf psych. Gesundheit
Kremer, 2001	N = 21 (w = 65%)	Schlaganfallpatienten	-	Religiöser Bewältigungsindex	Narrative Interviews	Identifikation von 3 Strategien: interaktiv, heteronom, autonom
Mehnert & Koch, 2001	N = 151 (w = 49%) & N = 196 (w = 72%)	Gesunde, Patienten mit einer Krebserkrankung	RC, Depressivität, Ängstlichkeit, Lebensqualität	2-skalgiges Instrument: religiöse Verbundenheit, Lebenszufriedenheit	Querschnitt	Keine Assoziationen von Religiosität mit psychischer Gesundheit
Mehnert, Rieß & Koch, 2003	N = 117 (w = 56%)	Patienten mit malignem Melanom	RC, emotionales Wohlbefinden, soziale Unterstützung	SBI-54	Querschnitt	RC nicht mit psychischem Befinden assoziiert, aktiv-kognitives Coping mit Religiosität assoziiert

Studie	Teilnehmer	Stichproben-Charakteristika	Untersuchte Zusammenhänge	Messinstrument religiöses Coping	Design/Evidenzgrad	Zentrale Ergebnisse
Murken, Namini, Groß & Körber, 2010	N = 341 (w = 44%)	Patienten mit Darmkrebs	PRC, NRC, psychisches Befinden	SGrc	Querschnitt	PRC schwach assoziiert mit Befinden NRC neg. mit psych. Befinden korreliert Stärkere Effekte bei Frauen
Murken & Müller, 2007	N = 198 (w = 100%)	Patientinnen mit Brustkrebs	Religiöse Bewältigungsstile	-	Interview-Analyse	4 Bewältigungsstile: Vertrauen, Aktivierung eigener Ressourcen, Gemeinsame Bewältigung, Religiöse Zweifel
Wigger, Murken & Maercker, 2008	N = 60 (w = 78%)	Trauernde	PRC, NRC, Selbstwirksamkeit, persönliche Reifung, Anpassung	SGrc	Querschnitt	NRC mit Depressivität und komplizierter Trauer assoziiert PRC mit persönlicher Reifung assoziiert
Winter, 2006	N = 328 (W = 74%)	Christen verschiedener Konfessionen mit Life Events	PRC, NRC, persönliche Reifung, psychische Gesundheit	RCOPE	Querschnitt	PRC und NRC mit Reifung assoziiert NRC neg. mit psychischer Gesundheit assoziiert

Studie	Teilnehmer	Stichproben-Charakteristika	Untersuchte Zusammenhänge	Messinstrument religiöses Coping	Design/Evidenzgrad	Zentrale Ergebnisse
Znoj, Morgenthaler & Zwingmann, 2004	N = 55 (w = 65%)	Eltern nach Tod eines Kindes	Persönliche Reifung, RC, Depressivität	Gekürzte Version der Religious Coping Activities Scale	Querschnitt	RC nicht mit Depression und Reifung assoziiert
Zwingmann, Müller, Körber & Murken, 2008	N = 167 (w = 100%)	Patientinnen mit Brustkrebs	PRC, NRC, Ängstlichkeit	RC-Kurzinstrument, angelehnt an Brief-RCOPE (27 Items)	Querschnitt	PRC neg. mit Ängstlichkeit assoziiert NRC mit Ängstlichkeit assoziiert PRC und NRC nicht assoziiert

*Anmerkungen.* R/S = Religiosität/ Spiritualität, SprEUK = Sprituelle/ religiöse Einstellungen und Umgang mit Krankheit (Büssing, 2010), AKU = Adaptive Strategien zum Krankheitsumgang (Büssing et al., 2006), RGH = Reliance on God's Help, SBI-54 = System of Belief Inventory (Kash, Holland & Passik, 1995), SGrC = Skalen zur Gottesbeziehung und religiösem Coping (Murken, Möschl, Müller & Appel, 2011), MMRI = Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (Grom, Hellmeister & Zwingmann, 1998), RPSS = Religious Problem Solving Scale (Pargament, 1988).

## **2.3. Persönliche Reifung nach belastenden Lebensereignissen („Personal Growth“)**

### **2.3.1. Theoretischer Hintergrund**

Der Begriff der persönlichen Reifung beschreibt die nach krisenhaften Erlebnissen subjektiv wahrgenommenen positiven Veränderungen nach diesem negativen Ereignis (Park, Cohen & Murch, 1996). Hierzu werden beispielhaft eine verstärkte Wertschätzung des Lebens, Neuausrichtung des eigenen Wertesystems, Anpassung der eigenen Prioritäten oder Vertiefung sozialer Beziehungen gerechnet. Als Folge der Krise nehmen die Betroffenen positive Veränderungen an sich selbst wahr: Zuwachs an innerer Stärke, Gelassenheit und neuen Lebenssinn (Affleck & Tennen, 1996).

Die in englischen Publikationen verwandten Termini „Personal Growth“ (persönliches Wachstum), „Benefit Finding“ (in etwa: Vorteile erkennen, positive Auswirkungen feststellen) und „Posttraumatic Growth“ (posttraumatische Reifung) werden in der deutschen Literatur überwiegend einheitlich mit „persönlicher Reifung“ oder auch „posttraumatischer Reifung“ wiedergegeben.

Es gibt verschiedene theoretische Modelle zum Konzept persönlicher Reifung: Nach Joseph und Linley (2006) gelten das funktional-deskriptive Modell von Calhoun und Tedeschi (1998, 1999; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004a, b), Christophers (2004) biopsychosoziale Perspektive und Josephs personenzentriertes Modell (2003, 2004, 2005; Joseph & Linley, 2006) als die drei umfassendsten Modelle zur Theorie der persönlichen Reifung.

Das funktional-deskriptive Modell von Calhoun und Tedeschi (1998, 1999; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004 a, b) hat die Annahme zur Grundlage, dass durch ein Trauma persönliche Ziele, Überzeugungen sowie der individuelle Umgang mit emotionalem Distress erschüttert werden, wodurch ein ruminativer Prozess gestartet wird. Initial ist dieses Ruminieren eher automatisch denn bewusst, in der bewussten Phase kann z.B. die Frage nach der Sinnhaftigkeit eine Rolle spielen. Zunächst indiziert das Ruminieren aber die kognitive Aktivität, um die vortraumatischen Schemata wieder herzustellen. Unterstützung durch soziale Netzwerke sowie das Anwenden neuer Bewältigungsstrategien beeinflussen den ruminativen Prozess und münden in einem

neuen, posttraumatischen Bewertungsschema. Erfolgreiche Anpassung würde z.B. bedeuten, dass nun unerreichbare Ziele aufgegeben werden können. Dieses Ergebnis wird von den Betroffenen dann als persönliche Reifung wahrgenommen.

Vor dem Hintergrund einer biopsychosozial-evolutionären Perspektive präsentiert Christopher (2004) sein holistisches Modell persönlicher Reifung. Ihm zufolge ist Reifung, nicht die pathologische Reaktion (z.B. Belastungsstörung), als Resultat eines Traumas als normal anzusehen. Unter Bezugnahme auf biologische Evidenz leitet er sieben Schlussfolgerungen ab (Zusammenfassung nach Joseph & Linley, 2006, S.1046): Erstens sei Stress am besten als prärationale Form des biopsychologischen Feedbacks zu verstehen. Zweitens: Reifung sei das normale Ergebnis traumatischer Belastung; drittens: eine resultierende Psychopathologie nach Trauma sei Zeichen einer Maladaptation der Stressantwort. Viertens: Ein Trauma verändere eine Person sowohl auf biologischer als auch auf psychologischer Ebene. Fünftens: Die biologischen Reaktionen auf Belastung seien universal, spezifische Dynamiken stellten jedoch eine Funktion des Individuums dar. Sechstens könnten sich biologische Veränderungen auch ohne psychologische Veränderungen ergeben, und siebtens stelle die menschliche Ratio aus evolutionärer Perspektive den neuesten und wirksamsten Mechanismus zur Stressreduktion dar. Somit schließt Christopher (2004) am stärksten die biologische Perspektive mit ein, betont jedoch auch die Wichtigkeit kognitiver Umstrukturierung in der Modulation biologischer Antworten.

Das von Joseph postulierte personen-zentrierte Modell (2003, 2004, 2005; Joseph & Linley, 2006) stützt sich in seiner Anthropologie auf Carl Rogers' (1959) Konzept der „Fully Functioning Person“. Dies beschreibt zusammenfassend eine Person, die mit sich selbst in allen positiven und negativen Facetten versöhnt ist, die gesunde Beziehungen zu ihrer Umwelt unterhalten kann, vollkommen in der Gegenwart leben kann, dem Leben Sinn und Bedeutung abgewinnen kann und akzeptiert, dass Veränderungen notwendiger Teil des Lebens sind. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch aktiv und wachstumsorientiert sei und diesen Status aus sich heraus anstrebe. Posttraumatischer Stress führt nach diesem Modell zu einer neu modellierten Struktur zwischen dem Selbst und der Erfahrung, was in der Reintegration eine Bewegung in

Richtung „Fully Functioning“ bedeutet, die als Reifung betrachtet werden kann. Die theoretische Untermauerung bringen Joseph und Linley (2006) mit der „Organismic valuing theory“ vor, die besagt, dass Reifung dann eintreten kann, wenn die soziale Umwelt der Person in der Lage ist, die basalen menschlichen Bedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und Beziehung zu befriedigen. Eine Akkomodation, also Anpassung der eigenen Weltsicht, kann dann erfolgen. Die Trauma-bezogene Information führt zunächst zur Intrusion, welche Distress und Erregung zur Folge hat. Diese werden mittels Vermeidung abgewehrt. Im Verarbeitungsprozess oszilliert die Person zwischen Intrusion und Vermeidung, bis sich entweder eine Assimilation, d.h. die Integration in das bestehende Weltbild, oder Akkomodation als Ausdruck des Reifungsprozess ergibt.

### **2.3.2. Empirische Befunde zur persönlichen Reifung**

Die Idee, dass Traumata oder Stress auch positive Veränderungen herbeiführen können, ist nicht neu. Anklänge davon finden sich in allen großen Weltreligionen und philosophischen Strömungen. Empirische und theoretische Untersuchungen zu diesem Thema werden jedoch erst in jüngerer Zeit in wachsender Zahl publiziert (z.B. Joseph & Linley, 2005; Tedeschi & Calhoun, 2004a, b; Park, Cohen & Murch, 1996).

Tedeschi und Calhoun (1996) konnten in ihrem „Posttraumatic Growth Inventory“ (PTGI) fünf Dimensionen persönlicher Reifung identifizieren, die sich in der deutschen Adaptation von Maercker und Langner (2001) replizieren ließen: Wachstum in Beziehung zu anderen, Entdecken neuer Möglichkeiten, Zunahme der persönlichen Stärke, verstärkte Wertschätzung des Lebens und Veränderung im Bereich der Sinnfindung/ Religiosität. Der PTGI gilt als das am besten etablierte Instrument zur Messung persönlicher Reifung (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006).

Woodward und Joseph (2003) berichteten über Mechanismen der posttraumatischen Reifung bei Erwachsenen, die als Kinder sexuellen Missbrauch erfahren haben. Andere Arbeiten liegen zu Kriegstraumatisierten (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi & Calhoun,



2004; Erbes et al., 2005), Naturkatastrophen (McMillen, Smith & Fisher, 1997), chronisch Kranken (Katz, Flasher, Cacciapaglia & Nelson, 2001) und Patienten mit maligner Erkrankung (Tomich & Helgeson, 2004) vor. Park, Cohen und Murch (1996) untersuchten das Konstrukt der persönlichen Reifung an College-Studenten mit signifikanten negativen Life Events. Calhoun und Tedeschi (1989-1990) und Lehmann et al. (1993) untersuchten ebenfalls den Einfluss von Life Events auf persönliche Reifung, indem sie Menschen befragten, die eine nahe stehende Person verloren hatten.

Linley und Joseph (2004) fanden in ihrem Review von 39 Untersuchungen konsistente Zusammenhänge persönlicher Reifung mit positiver Neubewertung, problemzentriertem und akzeptierendem Coping. Kognitive Verarbeitung, positiver Affekt, Optimismus und Religiosität waren ebenfalls durchgehend mit persönlicher Reifung assoziiert. Die Autoren fanden inkonsistente Ergebnisse bezüglich der Assoziationen persönlicher Reifung mit Ängstlichkeit und Depressivität (Linley & Joseph, 2004).

Zoellner und Maercker (2006) betrachteten in ihrem Review die potentiell funktionalen Effekte akzeptierenden Copings und neubewertenden Copings. Ihnen zufolge ist die Fähigkeit, unveränderbare Tatsachen zu akzeptieren, eine wesentliche Grundlage der Anpassung. Die Situation einer neuen Bewertung zu unterziehen und sie in positiverem Licht zu sehen, ist ein Entwicklungsschritt persönlicher Reifung (Zoellner & Maercker, 2006)

Nachdem vorangegangene Studien teilweise gemischte Ergebnisse fanden, legten Helgeson et al. (2006) erstmals eine Metaanalyse zum Themengebiet persönlicher Reifung vor. In der Auswertung von 87 Querschnittsstudien konnten die Autoren eine Assoziation von persönlicher Reifung zu weniger Depressivität und mehr Wohlbefinden, allerdings auch mehr intrusiven und vermeidenden Gedanken über die Belastung nachweisen. Keine Zusammenhänge konnten in dieser Untersuchung zwischen persönlicher Reifung und Ängstlichkeit, Lebensqualität, allgemeinem Distress und subjektiv berichtetem physischen Wohlbefinden gefunden werden. Von den drei explizit untersuchten Copingstrategien (positive Neubewertung, Akzeptanz, Leugnung)

zeigte sich die größte Effektstärke bei der positiven Neubewertung. Dies ist aufgrund der inhaltlichen Überschneidungen erwartungskonform, da positive Neubewertung beinhaltet, die positive Seite der Dinge zu sehen – eben jene Sichtweise, die ein Ergebnis persönlicher Reifung darstellt (Helgeson et al., 2006).

Religiöses Coping wurde in dieser Metaanalyse nicht gesondert betrachtet. Die Assoziation von Religiosität und persönlicher Reifung wurde jedoch erhoben, hier zeigte sich eine mittlere Effektstärke. Helgeson et al. (2006) interpretierten diesen Zusammenhang als Überschneidung der beiden Konstrukte, da eine Facette persönlicher Reifung im Gebiet von Religiosität/ Spiritualität liegt. Interessanterweise fand sich als Moderatorvariable zwischen persönlicher Reifung und den weiteren Outcomes der Zeitabstand zwischen Beginn der Belastung, Helgeson et al. (2006) setzten hier den Cut-off bei zwei Jahren. Dieser Befund wurde vor dem Hintergrund diskutiert, dass der Bewältigungsprozess, der in der persönlichen Reifung mündet, Zeit benötigt. Möglicherweise spiegeln daher längere Zeitintervalle zwischen Belastung und der Angabe persönlicher Reifung einen wirklichen Reifungsprozess wider, während mit der Angabe persönlicher Reifung kurz nach Eintritt der Belastung eher eine kognitive Strategie zur Reduktion von Distress widergespiegelt wird (McFarland & Alvaro, 2000).

Prati und Pietrantonio (2009) konzentrierten sich in ihrer Metaanalyse von 103 Studien zu persönlicher Reifung auf die Assoziation mit Optimismus, sozialer Unterstützung und Copingstrategien. Für alle drei Konstrukte konnten signifikante Effektstärken gemessen werden. Zusammen mit positiver Neubewertung wurden für religiöses Coping die stärksten Effekte zur persönlichen Reifung gemessen. Für positives religiöses Coping zeigten sich nochmals höhere Effektstärken ( $R = .45$ ,  $p = .001$ ). Soziale Unterstützung, Suche nach sozialer Unterstützung, Spiritualität und Optimismus waren mittelstark zur persönlichen Reifung assoziiert, akzeptierendes Coping zeigte die schwächsten Zusammenhänge. Für religiöses Coping zeigten sich zudem Alter und Geschlecht als Moderatorvariablen, dergestalt, dass ältere Menschen und Frauen stärkere Assoziationen zu religiösem Coping aufwiesen. Prati und Pietrantonio (2009) konnten keine Veränderungen der Effektstärken für Coping hinsichtlich unterschiedlichem zeitlichen Abstand zum Trauma feststellen.

In Kenntnis der Befunde von Helgeson et al. (2006) ist dies überraschend, über die Gründe spekulierten Prati und Pietrantonio (2009) über einen möglichen Zusammenhang zu dem von Zoellner und Maercker (2006) vorgeschlagenen Janus-Modell, nach dem beim Konstrukt der persönlichen Reifung illusorische und konstruktive Komponenten koexistieren.

## 2.4. Zielsetzung

Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, findet Religiosität als Copingressource zunehmend wissenschaftliche Beachtung. Während im angloamerikanischen Sprachraum eine Fülle von Publikationen zu diesem Thema vorliegt und die Forschung zu religiösem Coping insbesondere durch die Arbeiten von Pargament recht etabliert ist, ist die Anzahl deutschsprachiger Veröffentlichungen begrenzt.

1. Der RCOPE (Pargament, 2000) gilt für die Erhebung religiösen Copings als Standardinstrument (Zwingmann, 2005), ist jedoch bisher in der deutschsprachigen Literatur nur in Auszügen gebraucht worden (Winter et al., 2009; Wigger, Murken & Maercker, 2008). Ein erstes Ziel der vorliegenden Arbeit liegt deshalb darin, anhand einer deutschen Stichprobe den RCOPE auf Replizierbarkeit der Dimensionen zu überprüfen. Dies geschieht anhand der Befragung einer gemischten Stichprobe, der ein unterschiedlich hohes Maß an Religiosität unterstellt wird, zu kritischen Lebensereignissen. Mit der Validierung des RCOPE ins Deutsche soll die weitere Operationalisierung religiösen Copings befördert und somit vertiefende Studien zu dieser Thematik ermöglicht werden.
2. Pargament et al. (1998) haben nach der Identifikation positiver und negativer religiöser Bewältigungsstile mit dem Brief-RCOPE ein Instrumentarium zur effizienten und theoretisch sinnvollen Erfassung religiösen Copings vorgelegt. Ein zweites Ziel dieser Arbeit ist die Überprüfung, ob die zweifaktorielle Skala des Brief-RCOPE an einer deutschen Stichprobe replizierbar ist. Hierdurch soll auch der Brief-RCOPE als ökonomisches Screening-Instrument zur Erfassung religiösen Copings in Untersuchungen zur psychischen und physischen Gesundheit für den deutschen Sprachraum verfügbar gemacht werden.
3. Anhand der vorliegenden Arbeiten Pargaments et al. (1990, 2000, 2004) konnte wiederholt eine Assoziation von religiösem Coping mit Variablen der psychischen Gesundheit gezeigt werden. Ein drittes Ziel dieser Arbeit liegt daher in der Überprüfung dieser Befunde an einer deutschen Stichprobe.

Hierfür werden die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (Herrmann & Buss, 1994) als Maß der Ängstlichkeit und Depressivität, sowie die Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke, 1995) als allgemeines Instrument zur Erfassung psychischer Symptome eingesetzt. Insbesondere soll hier die Hypothese überprüft werden, dass positive religiöse Bewältigung mit besserem Befinden, negative religiöse Bewältigung mit schlechterem Befinden einhergeht.

4. Aus der Literatur sind Assoziationen insbesondere der positiven religiösen Bewältigung mit dem Konstrukt der persönlichen Reifung bekannt (Harrison et al., 2001; Linley & Joseph, 2004; Wigger et al., 2008). Die persönliche Reifung gilt als Resultat eines emotionalen und kognitiven Verarbeitungsprozesses nach einem schwerwiegenden Ereignis wie einem kritischen Lebensereignis. Die vierte Fragestellung dieser Arbeit untersucht deshalb, ob auch im deutschen Kontext eine positive Assoziation zwischen religiösem Coping und persönlicher Reifung gefunden werden kann. Zusätzlich wird vermutet, dass religiöses Coping ein Prädiktor der persönlichen Reifung ist. Zur Überprüfung dieser Hypothese wird eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt.

Im Folgenden sind die Fragestellungen dieser Arbeit noch einmal in Hypothesen zusammengefasst:

1. Die Faktorenstruktur des RCOPE ist in einer deutschen Stichprobe stabil replizierbar.
2. Der Brief RCOPE ist in seiner zweidimensionalen Struktur an einer deutschen Stichprobe replizierbar.
3. Es besteht eine Assoziation von religiösem Coping zu Variablen der psychischen und physischen Gesundheit. Funktionales religiöses Coping geht mit einem besseren gesundheitlichen Outcome einher.
4. Die identifizierten Dimensionen religiöser Bewältigung weisen Zusammenhänge zu den Faktoren persönlicher Reifung auf. Religiöses Coping stellt darüber hinaus einen Prädiktor für persönliche Reifung dar.

## 3. Methodik

### 3.1. Messinstrumente

#### 3.1.1. RCOPE

##### 3.1.1.1. RCOPE im Original

Entwicklungsgrundlage des RCOPE sind fünf theoretische Funktionen von Religiosität (nach Pargament et al., 2000): „Gain Comfort and Closeness to God“, „Achieve a Life Transformation“, „Gain Intimacy with Others and Closeness to God“, „Gain Control“ und „Find Meaning“. Mit dem Ziel, theoretisch, klinisch und empirisch relevante Items zu integrieren, werden in 17 Skalen aktive, passive und interaktive, problemzentrierte und emotionszentrierte, positive und negative religiöse Bewältigungsstrategien erfasst. Teilnehmende antworten auf einer 4-stufigen Likertskala von 0 „not at all“ bis 3 „a great deal“.

Pargament et al. (2000) entwickelten das Instrument an einem Sample von College-Studenten (N = 540) und validierten es an einer Stichprobe älterer hospitalisierter Patienten (N = 551). Für 15 der 17 Skalen des RCOPE liegt Cronbachs  $\alpha > .80$  oder höher, was auf eine gute Reliabilität des Instruments hinweist.

Durch die 17 in den Skalen abgebildeten Dimensionen werden 62.7% der Varianz aufgeklärt. Die Faktoren erweisen sich in verschiedenen Populationen als stabil. So konnten Pargament et al. in den beiden initialen Stichproben, die sich in Lebensumständen, Art der zu bewältigenden Probleme und dem Grad ihrer Religiosität erheblich unterschieden, 14 der Dimensionen religiöser Bewältigung replizieren (siehe Tabelle 2). In einer Untersuchung von Burkner, Evon, Sedway und Egan (2004) von Patienten mit pulmonaler Erkrankung im Endstadium zeigte sich die Faktorenstruktur bei sieben von neun ausgewählten Dimensionen des RCOPE stabil.

Die 17 Skalen sind im Einzelnen nachfolgend dargestellt.

**Tabelle 2.** Die 17 Skalen des RCOPE (Pargament et al., 2000)

Skala	Cronbachs $\alpha$	Anzahl Items	Positiv/ Negativ
Spiritual Discontent	.88	6	-
Demonic Reappraisal	.90	5	-
Passive Religious Deferral	.83	5	-
Interpersonal Religious Discontent	.82	5	-
Reappraisal of God's Powers	.78	4	-
Punishing God Reappraisal	.92	5	-
Pleading for Direct Intercession	.84	5	-
Religious Purification/ Forgiveness	.93	10	+
Religious Direction/ Conversion	.94	10	+
Religious Helping	.90	6	+
Seeking Support from Clergy/ Members	.90	5	+
<i>Collaborative Religious Coping*</i>	.89	8	+
Religious Focus	.84	5	+
Active Religious Surrender	.92	5	+
Benevolent Religious Reappraisal	.91	8	+
<i>Spiritual Connection*</i>	.81	3	+
<i>Marking Religious Boundaries*</i>	.61	4	+

\* nur im College-Sample

Es fanden sich in der Originalarbeit (Pargament et al., 2000) signifikante Korrelationen zu verschiedenen Instrumenten zur Anpassung wie „religious outcome“, „stress-related growth“ und „physical health“, was auf die gute Konstruktvalidität des RCOPE hinweist. Ferner erwiesen sich die Dimensionen der RCOPE als bester Prädiktor für Anpassung an „life stress“ und zeigten somit Evidenz für eine inkrementelle Validität des Konstrukts (Pargament et al., 2000). Die Ausführlichkeit und funktionale Relevanz der Subskalen ermöglicht eine detaillierte Studie derjenigen religiösen

Bewältigungsstrategien, die für Anpassung besonders günstig sind. Eine Empfehlung zur Selektion verschiedener Dimensionen des RCOPE findet sich in der Übersicht von Harrison et al. (2001).

#### *3.1.1.2. Brief-RCOPE im Original*

Aus 14 Items des RCOPE entwickelten Pargament et al. (1998) ein Kurzinstrument, den Brief-RCOPE. Dieses Instrument hat eine ökonomische Erfassung funktionaler und dysfunktionaler religiöser Copingstile zum Ziel. Durch die Identifikation funktionaler und dysfunktionaler Bewältigungsmuster sollen die Auswirkungen religiöser Bewältigungsstrategien auf Anpassungsprozesse und Gesundheit leichter erforscht werden können. Der Brief-RCOPE wurde an einer Stichprobe von Mitgliedern zweier Kirchengemeinden in Oklahoma City, USA, entwickelt (N = 296) und validiert an zwei Stichproben von College-Studenten (N = 540) und älteren hospitalisierten Patienten (N = 551). Die Definition positiver, funktionaler vs. negativer, dysfunktionaler Bewältigungsstile erfolgt hierbei sowohl aufgrund theoretischer Erwägungen als auch aufgrund im Entwicklungsprozess des RCOPE (Pargament et al., 2000) gewonnener empirischer Befunde.

Die mit dem Brief-RCOPE erfasste positive Dimension religiösen Copings beinhaltet folgende von Pargament und Mitarbeitern identifizierten Aspekte religiöser Bewältigung: "Seeking spiritual support", "Religious forgiveness", "Collaborative religious coping", "Spiritual connection", "Religious purification", "Benevolent religious reappraisal" und "Religious focus". Die negative Dimension wird durch die Dimensionen "Spiritual discontent", "Demonic reappraisal", "Punishing God reappraisal", "Interpersonal religious discontent" und "Reappraisal of God's powers" abgebildet.

Die Items beider Skalen des Brief-RCOPE werden nachstehend aufgeführt (Pargament et al., 1998). Fett hervorgehoben sind die Items, die den Skalen des RCOPE (Pargament et al., 2000) entstammen, die in der deutschen Adaptation nicht berücksichtigt wurden und daher zusätzlich in den deutschen Brief-RCOPE integriert wurden (vgl. Kap. 3.1.2.1.).



**Tabelle 3.** *Originalskalen des Brief-RCOPE*

Positive Religious Coping	Negative Religious Coping
<b>Looked for a stronger connection with God.</b> <i>(Spiritual Connection)</i>	Wondered whether God had abandoned me. <i>(Spiritual Discontent)</i>
Sought God's love and care. <i>(Seeking Spiritual Support)</i>	Felt punished by God for my lack of devotion. <i>(Punishing God Reappraisal)</i>
<b>Sought help from God in letting go of my anger.</b> <i>(Religious Forgiveness)</i>	Wondered what I did for God to punish me. <i>(Punishing God Reappraisal)</i>
Tried to put my plans into action together with God. <i>(Collaborative Religious Coping)</i>	Questioned God's love for me. <i>(Spiritual Discontent)</i>
<b>Tried to see how God might be trying to strengthen me in this situation.</b> <i>(Benevolent Religious Reappraisal)</i>	<b>Wondered whether my church had abandoned me.</b> <i>(Interpersonal Religious Discontent)</i>
<b>Asked forgiveness for my sins.</b> <i>(Religious Purification)</i>	<b>Decided the devil made this happen.</b> <i>(Demonic Reappraisal)</i>
Focused on religion to stop worrying about my problems. <i>(Religious Focus)</i>	Questioned the power of God. <i>(Reappraisal of God's Power)</i>

Die zwei Skalen mit je 7 Items weisen mit einem Cronbachs  $\alpha = .90$  (positives religiöses Coping) bzw.  $\alpha = .81$  (negatives religiöses Coping) für die Teilstichprobe Collegestudenten und  $\alpha = .87$  (positiv) bzw.  $\alpha = .69$  (negativ) in der Patientenstichprobe zufriedenstellende bis hohe innere Konsistenzen auf. Der distinkte Charakter beider Skalen zeigt sich in der nur schwach positiven Interkorrelation von  $r = .17$ , die Zwei-Faktoren-Struktur fand sich in allen drei untereinander heterogenen Validierungsstichproben (Pargament et al., 1998). Weitere Untersuchungen von Ai, Peterson, Bolling und Rodgers (2006) an älteren Patienten vor einer Herzoperation sowie von Sherman et al. (2005) an knochenmarkstransplantierten Patienten ergaben im Wesentlichen die gleichen Befunde für die Stabilität und die innere Konsistenz der Faktoren.

### **3.1.2. Deutsche Adaptation des RCOPE**

#### *3.1.2.1. Auswahl der Skalen*

Die Auswahl der Subskalen für die deutsche Version des RCOPE erfolgte aufgrund theoretischer, empirischer und zeitökonomischer Überlegungen. Es wurden zunächst jene Skalen ausgewählt, die in der Originalarbeit von Pargament et al. (2000) signifikante Zusammenhänge zu psychischem und körperlichem Wohlbefinden zeigten. Dies waren die Dimensionen „Spiritual Discontent“, „Reappraisal of God’s Powers“, „Punishing God Reappraisal“, „Pleading for direct Intercession“, „Seeking Support from Clergy or Members“ und „Religious Focus“. Aus inhaltlichen Gründen wurde die Skala „Collaborative Religious Coping“, deren Items in der Unterskala „Self-Directing Religious Coping“ Bewältigungsstrategien explizit ohne Bezug auf Religion oder Gott abbilden, mit aufgenommen. Als Skala mit hohen Durchschnittswerten in der Validierung von Pargament et al. (2000) wurde „Seeking Spiritual Support“ in das Instrument integriert. Um der theoretisch basierten Struktur des RCOPE gerecht zu werden, wurde mit der Dimension „Religious Direction/ Conversion“ auch die fünfte Facette religiöser Bewältigung nach Pargament, „Religious Coping to Achieve a Life Transformation“, bei der Auswahl der Skalen berücksichtigt.

Somit wurden für die deutsche Validierung des RCOPE neun der 17 Skalen des Originals übernommen.

#### *3.1.2.2. Brief-RCOPE*

Analog zum Original RCOPE sollte auch im deutschen RCOPE ein Screening-Instrument zur Erfassung positiver und negativer religiöser Copingstile integriert werden (vgl. Pargament et al., 1998). Von den 14 Items des Brief-RCOPE waren acht bereits Teil der für die deutsche Langversion des RCOPE ausgewählten Skalen, die restlichen sechs wurden als „Zusatzskala“ in das Instrument aufgenommen. Eine Gesamtübersicht der für die Übertragung ins Deutsche ausgewählten Skalen findet sich nachfolgend in der Tabelle 4.

**Tabelle 4.** *In die deutsche Übertragung eingegangene Items des RCOPE und ihre Zuordnung zu den theoretischen Skalen*

### **1. Religious Methods of Coping to find Meaning**

---

#### ***Punishing God Reappraisal (rc\_pgr)***

---

1. Wondered what I did for God to punish me.
2. Decided that God was punishing me for my sins.
3. Felt punished by God for my lack of devotion.

---

#### ***Reappraisal of God's powers. (rc\_rgp)***

---

1. Realized that God cannot answer all of my prayers.
2. Realized that there were some things that even God could not change.
3. Felt that even God has limits.
4. Thought that some things are beyond God's control.

### **2. Religious Methods of Coping to Gain Control**

---

#### ***Collaborative Religious Coping (rc\_crc)***

---

1. Tried to make sense of the situation with God.
2. Worked together with God to relieve my worries.
3. Tried to put my plans into action together with God.
4. Worked together with God as partners.

---

#### ***Self-Directing Religious Coping (rc\_sdrc)***

---

1. Tried to deal with the situation on my own without God's help.
2. Depended on my own strength without support from God.
3. Tried to make sense of the situation without relying on God.

---

***Pleading for Direct Intercession (rc\_pdi)***

---

1. Made a deal with God so that he would make things better.
2. Pleaded with God to make everything work out.
3. Bargained with God to make things better.
4. Prayed for a miracle.
5. Pleaded with God to make things turn out okay.

---

**3. Religious Methods of Coping to Gain Comfort and Closeness to God**

---

***Seeking Spiritual Support (rc\_sss)***

---

1. Trusted that God was with me.
2. Trusted that God would be by my side.
3. Looked to God for strength, support, and guidance.
4. Sought comfort from God.
5. Sought God's love and care.

---

***Religious Focus (rc\_rf)***

---

1. Focused on my religion to stop worrying about my problems.
2. Prayed to get my mind off of my problems.
3. Thought about spiritual matters to stop thinking about my problems.

---

***Spiritual Discontent (rc\_sd)***

---

1. Questioned the power of God.
2. Wondered if God really cares.
3. Felt angry that God was not there for me.
4. Questioned God's love for me.
5. Voiced anger that God didn't answer my prayers.
6. Wondered whether God had abandoned me.

---

#### **4. Religious Methods of Coping to Gain Intimacy with Others and Closeness to God**

---

##### ***Seeking Support from Clergy or Members (rc\_sscm)***

---

1. Looked for spiritual support from clergy.
2. Asked clergy to remember me in their prayers.
3. Looked for love and concern from the members of my church.
4. Asked others to pray for me.
5. Sought support from members of my congregation.

---

#### **5. Religious Methods of Coping to Achieve a Life Transformation**

---

##### ***Seeking Religious Direction (rc\_srd)***

---

1. Looked to God for a new direction in life.
2. Asked God to help me find a new purpose in life.
3. Sought new purpose in life from God.

##### ***Religious Direction/ Conversion (rc\_rdc)***

---

1. Tried to find a completely new life through religion.
2. Looked for a total spiritual reawakening.
3. Prayed for a complete transformation of my life.

---

#### **Brief-RCOPE (zusätzliche Items)**

---

1. Tried to see how God might be trying to strengthen me in this situation. (Benevolent Religious Reappraisal)
  2. Wondered whether my church had abandoned me. (Interpersonal Religious Discontent)
  3. Decided the devil made this happen. (Demonic Reappraisal)
  4. Asked forgiveness for my sins. (Religious Purification)
  5. Sought help from God in letting go of my anger. (Religious Forgiveness)
  6. Looked for a stronger connection with God. (Spiritual Connection)
-

### 3.1.2.3. Auswahl der Items

Auswahlkriterium für den Einschluss von Items der einzelnen Subskalen war zunächst die innere Konsistenz. War Cronbachs  $\alpha \leq .90$ , so wurden alle fünf Items einer Dimension in das Instrument mit aufgenommen. Dies traf für die Subskalen „Reappraisal of God’s Powers“, „Pleading for Direct Intercession“, „Seeking Spiritual Support“, „Spiritual Discontent“, „Seeking Support from Clergy or Members“ und, mit Einschränkungen, „Collaborative Religious Coping“ zu. Bei letzterer wurde auf ein Item der Skala verzichtet, welches aus der Faktorenlösung von Pargament et al. (2000) herausgefallen war.

Bei Cronbachs  $\alpha > .91$  wurden drei Items einer Subskala ausgewählt. Die Selektion orientierte sich an der theoretischen Empfehlung von Pargament et al. (ebd.) für eine drei-Item-Version des RCOPE (für die Skalen „Punishing God Reappraisal“ und „Religious Focus“) und empirisch an der Höhe der Faktorenladung in der Lösung von Pargament et al. (2000) für „Self-Directing Religious Coping“ und „Seeking Religious Direction/ Conversion“.

### 3.1.2.4. Übersetzung ins Deutsche

Die Items wurden zunächst von zwei Personen, einer Medizinstudierenden und einer Anglistikstudierenden (Muttersprachlerin), unabhängig voneinander ins Deutsche übertragen. Beide Übersetzungen stimmten weitestgehend überein, sodass eine einheitliche Version geformt werden konnte. Diese wurde zwei englischen Muttersprachlern vorgelegt, die jeweils eine Rückübersetzung ins Englische anfertigten. Im Vergleich zum Original fanden sich keine größeren inhaltlichen Abweichungen, die Formulierung einiger Items wurde in der Folge zur sprachlichen Glättung im Deutschen nochmals geringfügig verändert.

### 3.1.3. Skala Life Events

Die Liste wurde neu für diese Untersuchung erstellt, um die Arten der schweren und traumatischen Lebensereignisse zu erfassen. Die Liste orientiert sich an der Ereignisliste des PTSD-Teils des Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen, Lachner, Wunderlich & Pfister, 1998). Sie enthält 13 mögliche Ereignisse (z.B. schwerer Unfall, Tod eines wichtigen nahen Angehörigen, sexuelle Belästigung) sowie eine offene Kategorie, in die ein weiteres schwieriges Lebensereignis eingetragen werden konnte. In der Instruktion wird gefragt, wie lange die betroffenen Ereignisse zurückliegen. Die abschließenden beiden Items beinhalten (a) die Frage, welches "das bisher schwerste Ereignis (bzw. die Kategorie) in Ihrem Leben war" und (b) die Belastungseinschätzung: "Wie sehr hat Sie das Ereignis zum Zeitpunkt seines Auftretens belastet? (mit 7-stufiger Antwortmöglichkeit von "überhaupt nicht" bis "äußerst stark").

### 3.1.4. Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR)

Der Selbstbeurteilungsfragebogen „Posttraumatische Persönliche Reifung“ (PPR) von Maercker und Langner (2001) ist die deutsche Version des „Posttraumatic Growth Inventory“ (PTGI), welches 1996 von Tedeschi und Calhoun vorgelegt wurde. Ausgehend von der Annahme, dass aversive Ereignisse bei Betroffenen neben vielen negativen Konsequenzen auch positive Folgen als Ergebnis kognitiver und emotionaler Verarbeitung sowie neu geordneter Zielprioritäten auslösen können, identifizierten Tedeschi und Calhoun (1996) fünf Dimensionen persönlicher Reifung: „New Possibilities“, „Relating to Others“, „Personal Strength“, „Spiritual Change“ und „Appreciation of Life“.

In der Validierung der deutschsprachigen Version an einer Stichprobe aus Studierenden mit belastenden Lebensereignissen und internistischen Patienten konnte die faktorielle Struktur der englischen Fassung mit einer Varianzaufklärung von 64% weitestgehend bestätigt werden (Maercker & Langner, 2001). Die interne Konsistenz der insgesamt 21 Items der Gesamtskala war mit  $\alpha = .92$  sehr hoch. Cronbachs  $\alpha$  für

die Subskalen war wie folgt: „Neue Möglichkeiten“:  $\alpha = .81$ , „Beziehungen zu Anderen“:  $\alpha = .85$ , „Persönliche Stärken“:  $\alpha = .76$ , „Wertschätzung des Lebens“:  $\alpha = .73$  und „Religiöse Veränderungen“:  $\alpha = .81$ . Es zeigte sich dabei eine hohe Interkorrelation der Skalen mit Werten zwischen  $r = .60$  bis  $.80$  mit Ausnahme der Dimension „Religiöse Veränderungen“, die in der Interkorrelation mit den übrigen Skalen eine geringere Ausprägung ( $r = .30$  bis  $.50$ ) zeigte. Die Retestreliabilität der Gesamtskala wurde bei Maercker und Langner (2001) nach zwei Wochen mit  $r_{tt} = .81$  beziffert.

Die Prüfung der Konstruktvalidität des PPR wies auf eine gute Diskriminanz hin, sodass von der Eigenständigkeit des Konstrukts „Persönliche Reifung“ ausgegangen werden kann. Lediglich mittelhohe Korrelationen zeigten sich zu problemzentriertem und emotionszentriertem Coping, es fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge mit Messinstrumenten zur sozialen Erwünschtheit (ebd.).

Das PTGI gilt als gut etabliertes Instrument zur Messung persönlicher Reifung. In einer Metaanalyse zu „Benefit Finding“ und „Growth“ identifizierten Helgeson, Reynolds und Tomich (2006) 20 Studien, die das Inventar an so unterschiedlichen Populationen wie Studierenden mit Life Event, Tumor- oder HIV-Patienten einsetzten (Übersicht bei Helgeson et al., 2006).

### **3.1.5. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

Die „Hospital Anxiety and Depression“-Skala ist ein international gebräuchliches Instrument zur Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität. Konzipiert von Zigmond und Snaith (1983) als Selbsteinschätzungsverfahren zum Screening auf psychisch-funktionale Beschwerden bei somatisch erkrankten Patienten, besteht das Instrument aus lediglich 14 Items, die leichte Ausprägungen psychopathologischer Symptome erfassen sollen. Auf die Integration physischer Indikatoren psychischer Belastung, wie z.B. Kopfschmerz oder Gewichtsverlust, wurde bewusst verzichtet, um verzerrte Ergebnisse bei der Befragung eines primär somatisch erkrankten Klientels zu vermeiden (Hermann, 1997).



Die theoretisch voneinander unabhängigen Konstrukte „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ werden in zwei Subskalen erfasst, die aus je 7 Items bestehen und jeweils eine vierstufige Antwortmöglichkeit bieten (0 - 3). Die Subskala „Depressivität“ erfragt Aspekte von Interessenverlust und Anhedonie, z.B. im Item HD5 „Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren“ (Hermann & Buss, 1994, S. 146). In der Subskala „Ängstlichkeit“ werden eine generelle Angstsymptomatik und das Auftreten von Panikattacken erfasst, so beispielsweise im Item HA6: „Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein“ (ebd., S. 146).

Hinsichtlich der Konstruktvalidität zeigte sich in zahlreichen internationalen Studien die Stabilität der zweifaktoriellen Struktur (Übersicht von Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). Die Hauptkomponentenanalyse in der Arbeit von Hermann und Buss (1994) klärte 48% der Varianz auf, dabei erwiesen sich die ursprünglichen Zuordnungen der Faktoren zu einer Skala als weitestgehend stabil. Gleichzeitig zeigte sich eine hohe Skaleninterkorrelation von  $r = .63$  der Angst- und Depressionsskala, deren Ursache am ehesten in der empirischen Koinzidenz der beiden Konstrukte vermutet wird (Hermann & Buss, 1994).

Die Reliabilität der deutschen Übersetzung ist als gut zu bewerten. Cronbachs  $\alpha$  wird mit  $\alpha = .80$  für die Angst-Subskala sowie mit  $\alpha = .82$  für die Depressions-Subskala angegeben (Hermann & Buss, 1994), die split-half-Reliabilität nach Spearman-Brown beläuft sich für die Gesamtskala auf  $r = .88$ .

In dieser Arbeit wird die HADS zur Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität im Zusammenhang mit positiven und negativen Aspekten religiösen Copings sowie persönlicher Reifung eingesetzt. Der Beurteilungszeitraum, im Original auf „die letzte Woche“ festgelegt, wurde in der vorliegenden Studie auf „die Wochen nach dem Eintritt der Belastung“ übertragen. Um den Zeitraum eines im Regelfall länger zurückliegenden Life Events zu erfassen, wurden die Items in ihrer Formulierung ins Präteritum versetzt.

### 3.1.6. Skala „Somatisierung“ der Symptom-Checkliste SCL-90

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R nach Derogatis (1977) wurde 1995 von Franke für den deutschen Sprachraum validiert sowie 2002 von Franke in der deutschen Fassung vollständig überarbeitet und neu normiert. Sie ist ein weltweit häufig eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung psychischer Symptombelastung („psychological distress“). Gemessen wird die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der vergangenen sieben Tage. Die Checkliste umfasst 90 Items, unterteilt in neun Skalen, welche die Bereiche Somatisierung (12 Items), Zwanghaftigkeit (10 Items), Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items), Depressivität (13 Items), Ängstlichkeit (10 Items), Aggressivität/ Feindseligkeit (6 Items), Phobische Angst (7 Items), Paranoides Denken (6 Items) und Psychotizismus (10 Items) beschreiben. Zusätzlich zu den neun Skalen können drei globale Kennwerte berechnet werden: Der GSI („Global Severity Index“) misst die grundsätzliche psychische Belastung der betroffenen Person, der PSDI („Positive Symptom Distress Index“) erfasst die Intensität der Antworten und der PST („Positive Symptom Total“) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Die Angaben der Probanden werden auf einer fünfstufigen Likertskala gemacht, die von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“ reicht. Auswertungs-, Durchführungs- und Interpretationsobjektivität sind für dieses Instrument gewährleistet. Die internen Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) der einzelnen Skalen liegen in der repräsentativen Eichstichprobe (N = 2141) zwischen  $\alpha_{\min} = .75$  und  $\alpha_{\max} = .97$  und in einer klinischen Stichprobe von stationären Psychotherapieklienten (N = 5057) zwischen  $\alpha_{\min} = .74$  und  $\alpha_{\max} = .97$  (Franke, 2002). Den Items kann zwar „face validity“ zugesprochen werden, in einer großen Normierungsstudie zur SCL-90-R an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (N = 2179) von Hessel, Schumacher, Geyer und Brähler (2001) konnte jedoch die von Derogatis (1977) postulierte und von Franke (1995) übernommene dimensionale Skalenstruktur faktorenanalytisch nicht repliziert werden. Die faktorielle Validität galt hierbei als unzureichend (Hessel et al., 2001).

In dieser Arbeit kommt die Subskala „Somatisierung“ der SCL-90 zum Einsatz, die wie die anderen Subskalen auch, einzeln eingesetzt werden kann (Franke, 1995). Sie erfasst

mit 12 Items einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen. So fragt z.B. das Item 1: „*Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter Kopfschmerzen?*“. Die beschriebenen Symptome haben nach Franke (2002) bei Störungen mit funktioneller Ätiologie eine hohe Prävalenz, ebenso können sie einfache somatische Störungen widerspiegeln.

## **3.2. Datenerhebung**

### **3.2.1. Stichprobengewinnung**

Die Befragung der teilnehmenden Probanden fand von Oktober 2005 bis Februar 2006 überwiegend in Marburg/ Lahn statt. Um eine Heterogenität der Stichprobe im Hinblick auf die vermutete Religiosität zu erreichen, wurden Studierende der Humanmedizin, Studierende der evangelischen Theologie sowie eine Gruppe von ehrenamtlichen Mitarbeitern einer Kirchengemeinde gebeten, die Fragebögen auszufüllen.

Die Medizinstudierenden waren überwiegend Teilnehmer des curricularen Kurses „Medizinische Psychologie“ der Philipps-Universität, der in den vorklinischen Semestern stattfindet. Die Autorin und zwei Mitglieder ihrer Arbeitsgruppe stellten das Projekt in den Kursstunden den Studierenden vor, die Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen erfolgte in der folgenden Stunde an die jeweiligen Dozenten.

Die Theologiestudierenden wurden im Rahmen eines Seminars in „Praktischer Theologie“ rekrutiert. Auch hier wurde den Probanden der Fragebogen mit nach Hause gegeben, mit der Bitte, ihn in der folgenden Kursstunde dem Dozenten auszuhändigen. Auf einer Mitarbeiterkonferenz einer überkonfessionellen christlichen Gemeinde unter dem Dach der evangelischen Landeskirche in Kurhessen-Waldeck wurden ehrenamtliche Mitarbeiter für die Teilnahme an der Untersuchung rekrutiert. Diesen Probanden wurde der Fragebogen in einem frankierten Rückumschlag ausgeteilt.

### **3.2.2. Stichprobe**

Insgesamt wurden 600 Fragebögen ausgegeben, von denen 416 ausgefüllt zurückgegeben wurden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 69.3%. Die Stichprobe setzte sich wie folgt zusammen: 315 Studierende der Medizin (weiblich = 60%, mittleres Alter =  $21 \pm 2$  Jahre), 59 Studierende der evangelischen Theologie (weiblich = 72%, mittleres Alter =  $21 \pm 2$  Jahre). 42 Personen (weiblich = 67%, Alter =  $28 \pm 7$  Jahre) waren aktive Mitarbeiter der überkonfessionellen christlichen Gemeinde.

In die Auswertungen wurden nur Personen eingeschlossen, die einem Life Event ausgesetzt gewesen waren, das nicht länger als 6 Jahre zurücklag. Hierdurch sollte ein zu starker Recall Bias vermieden werden. Zudem wurden nur Personen eingeschlossen, die angaben, einer religiösen Gemeinschaft anzugehören. Für diese Personen wurde ein Mindestmaß an religiöser Prägung vermutet. Die genannten Kriterien wurden von  $N = 210$  Personen (weiblich = 62%, mittleres Alter =  $21.4 \pm 3.3$  Jahre) erfüllt. Die Teilnehmenden gaben im Schnitt an,  $2.8 (\pm 1.4)$  Life Events erlebt zu haben, diese lagen im Mittel  $2.1 (\pm 1.4)$  Jahre zurück.

## **3.3. Statistische Analyse**

### **3.3.1. Faktorenanalyse**

Ein Hauptziel der vorliegenden Studie war es, die deutsche Version des RCOPE auf ihre Dimensionalität und Struktur hin zu untersuchen. Methode der Wahl hierfür ist die Faktorenanalyse. Die gängigen Unterformen dieses Verfahrens stellen sich wie folgt dar:

Die Faktorenanalyse ist das bevorzugte Verfahren zur Datenreduktion (Bühner, 2006). Die wichtigsten Faktorenanalysen bestehen in der Hauptachsenanalyse, der Maximum-Likelihood-Faktorenanalyse (ML) und der Hauptkomponentenanalyse. Die Hauptkomponentenanalyse dient „lediglich zur Datenreduktion und Beschreibung der

Items durch Komponenten“ (Bühner, 2006, S. 181). Die beiden anderen faktorenanalytischen Verfahren haben zum Ziel, Zusammenhänge zwischen Items ursächlich zu erklären bzw. auf latente Variablen zurückzuführen (sog. Faktoren). Faktoren liegen somit den wechselseitig hoch korrelierenden Variablen zugrunde. Die ML ist hingegen ein Verfahren zur möglichst genauen Schätzung von Populationskennwerten auf Grundlage der Stichprobenwerte.

Zur Durchführung der Faktorenanalyse muss eine geeignete Rotationsmethode gewählt werden. Rotationsmethoden sollen im Allgemeinen eine möglichst eindeutige Beschreibung der Items durch Faktoren erzielen. Die orthogonale Rotationsmethode soll die Interpretation der Faktoren vereinfachen und geht im Gegensatz zur obliquen Rotation davon aus, dass die Faktoren nicht untereinander korrelieren. Die Achsen werden so rotiert, dass sich die Anzahl der Variablen mit hohen multiplen Faktorladungen reduziert.

In dieser Arbeit wurde eine explorative Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenextraktion durchgeführt. Aufgrund inhaltlicher Überlegungen wurden im vorliegenden Fall innere Zusammenhänge der zu bildenden Faktoren erwartet, daher wurde eine schiefwinklige (oblique) Rotationsmethode gewählt.

Aus Gründen der Interpretierbarkeit und aus ökonomischen Gründen ist es zur Erstellung einer Skala sinnvoll, Items aus dem Itempool zu extrahieren. Zur Extraktion der Faktoren wurden folgende Kriterien gewählt: theoretische Vorüberlegungen, das Eigenwertkriterium  $> 1$  (Kaiser-Normalisierung) und der Scree-Plot. Bei den theoretischen Überlegungen war die inhaltliche Prüfung der Faktoren auf Plausibilität und Interpretierbarkeit wichtig. Der Eigenwert ist die Summe der quadrierten Ladungen über alle Items auf einem Faktor und gibt die „Wichtigkeit“ eines Faktors an. Ein Eigenwert eines Faktors  $> 1$  klärt mehr Varianz auf als ein standardisiertes Item besitzt. Nach Bühner (2006) überschätzt das Eigenwertkriterium in der Regel die Anzahl wirklicher Faktoren. Der Scree-Plot ist dagegen eine grafische Methode zur Bestimmung der Faktorenanzahl. An der Stelle mit der größten Differenz zwischen zwei Eigenwerten ist im Diagramm ein deutlicher Knick der Linie zu erkennen. Der letzte Punkt vor dem Knick bestimmt die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren. Diese

Methode hat sich bewährt, ist aber aufgrund ihrer Subjektivität kritisiert worden (Bühner, 2006). Zu weiteren Hintergründen von methodisch gängigen Auswertungsverfahren wie z.B. der Berechnung von Korrelationen oder der inneren Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) sei auf die Ausführungen von Bortz (2005) oder Bühner (2006) hierzu verwiesen.

### 3.3.2. Regressionsanalyse

Nach stattgehabter Faktorenanalyse mit Festlegung der Gütekriterien für die deutsche Version des RCOPE sollte untersucht werden, ob die identifizierten Dimensionen religiöser Bewältigung einen Teil der Varianz des Konstruktes „Persönliche Reifung“ aufklären können. Zu diesem Zweck wurde eine lineare Regressionsanalyse mit der Kriteriumsvariable persönliche Reifung durchgeführt.

Die Regressionsanalyse dient der Untersuchung von Beziehungen zwischen einer abhängigen Variablen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen und wird zur Erkennung und Erklärung von Zusammenhängen eingesetzt (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000). Zur Vorbereitung auf die Regressionsanalyse wurden Korrelationen zu soziodemographischen Daten untersucht, um mögliche Confounder zu identifizieren. Ziel der Regressionsanalyse ist es, Zusammenhänge quantitativ zu erfassen und zu erklären sowie Werte abhängiger Variablen zu schätzen. Kausalität kann durch eine Regressionsanalyse niemals zweifelsfrei nachgewiesen werden. Bei der Anwendung des Verfahrens müssen die Effekte potenziell konfundierender Variablen (engl. „Confounder“) statistisch kontrolliert werden. Im vorliegenden Fall wurde zunächst für die vermuteten Confounder „Alter“ und „Geschlecht“ allein ein Regressionsmodell mit „Persönlicher Reifung“ als abhängiger Variable berechnet, welches mit einem zweiten Modell verglichen wurde, in welches zusätzlich die Dimensionen religiösen Copings als Prädiktoren integriert wurden.

Bestimmt werden in diesen Modellen Regressionskoeffizienten (R), die die Höhe der multiplen Korrelation zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium angeben. Sie besitzen eine wichtige inhaltliche Bedeutung, da sie den Zusammenhang einer

unabhängigen Variable auf eine abhängige Variable beschreiben. Das Bestimmtheitsmaß ( $R^2$ ) stellt die multiple quadrierte Korrelation dar und misst die Güte der Anpassung der Regressionsfunktion an empirische Daten. Es gibt den Anteil der aufgeklärten Varianz des Kriteriums in der Stichprobe wieder, welcher durch die Prädiktoren erklärt werden kann (Backhaus et al., 2000). Das Bestimmtheitsmaß ist eine normierte Größe, dessen Wertebereich zwischen 0 und 1 liegt. Ferner ergibt sich aus dem korrigierten  $R^2$  ( $R^2$  adj.) eine Korrektur des Effektes, da  $R^2$  auch bei Aufnahme unbedeutender Regressoren ansteigt und somit tendenziell eine Überschätzung darstellt. Das adjustierte  $R^2$  sieht eine Korrektur für die Anzahl der Parameter des Modells vor und resultiert daher mit einer konservativeren Schätzung (Backhaus et al., 2000).

Zur Durchführung einer Regressionsanalyse ist die Überprüfung der Modellprämissen (Normalverteilung, Linearität, Homoskedastizität und Multikollinearität) essentiell, die eine exakte Schätzung erst ermöglichen.

### **3.3.3. Dateneingabe**

Alle Daten wurden in SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) für Windows in der Version 12.0 eingegeben. Nach Abschluss der Dateneingabe wurde eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt. Es wurden unzulässige Eingaben durch Ermittlung der möglichen Spannweite der Itemwerte mit SPSS 12.0 ausfindig gemacht. Anschließend wurde bei jedem dritten Fragebogen die Übereinstimmung zwischen den im Fragebogen markierten Antworten und den entsprechenden Daten in SPSS überprüft. Auch die statistischen Auswertungen erfolgten mit SPSS Version 12.0, zuvor wurde eine „missing value“-Analyse durchgeführt, um fehlende Werte in Datensätzen zu identifizieren und hierdurch mögliche falsche Schlussfolgerungen in der Interpretation der Ergebnisse zu verhindern.

## **4. Ergebnisse**

### **4.1. Belastende Lebensereignisse**

Durchschnittlich waren die Teilnehmenden 2.8 ( $\pm$  1.4) Lebensereignissen ausgesetzt. Als jeweils schlimmste Belastung gaben 33% der Befragten den Tod und 19% eine ernsthafte Erkrankung eines nahe stehenden Menschen an. Weitere Nennungen umfassten die Trennung vom Partner (14%), Gewalt und feindselige Konflikte in der Familie (7%), eine eigene ernsthafte Erkrankung (6%), Suizid oder Suizidversuch eines nahe stehenden Menschen (4%), schwerwiegender Unfall (3%) und weitere freie Nennungen (10%).

### **4.2. Deutsche Adaptation des RCOPE**

#### **4.2.1. Ergebnisse der Faktorenanalyse**

Die 50 Items der neun Subskalen wurden einer Faktorenanalyse unterzogen, die in Orientierung an der Methodik von Pargament et al. (2000) als explorative Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenextraktion und obliquer Rotation durchgeführt wurde. Das Verfahren der obliquen Rotation wurde gewählt, nachdem aufgrund theoretischer Vorüberlegungen ein Zusammenhang zwischen den Items erwartet wurde. Das Kaiser-Mayer-Olkin-Kriterium als Maß der Stichprobeneignung betrug  $KMO = .907$  und ließ damit eine gute Bewertung der Itemauswahl sowie eine gute Eignung der Stichprobe für die Durchführung einer Faktorenanalyse annehmen (vgl. Bühner, 2006, S. 207). Im Bartlett-Test auf Sphärizität fand sich ein signifikantes Chi-Quadrat von  $\chi^2 = 6812.33$  ( $df = 946$ ,  $p < .01$ ). Gültige Faktoren in der Lösung wurden nach dem Eigenwertkriterium definiert, acht Faktoren wiesen einen Eigenwert  $> 1$  auf und konnten damit 68.8% der Varianz aufklären. Einzelanalysen wiesen auf eine Zweidimensionalität des ersten Faktors der Lösung hin, der sich aus den Pargament-Skalen „Seeking spiritual support (sss)“ und „Collaborative religious coping (crc)/ Self-directing religious coping (sdrcl)“ zusammensetzte. Dieser Faktor klärte mit einem Eigenwert von 15.09 mit Abstand die meiste Varianz auf. Bis auf zwei Ausnahmen, die



auf zwei Faktoren hohe Ladungen aufwiesen, lud jedes Item auf seinen jeweiligen Faktor am höchsten. Im Vergleich der Referenzlösung mit anderen Verfahren zur Faktorenanalyse erwies sich die gefundene Lösung als stabil. So fanden sich

1. in der konfirmatorischen Hauptkomponentenanalyse mit voreingestellten neun Faktoren und obliquen Rotation eine annähernd gleiche Lösung, lediglich die Skala „Religiöse Lebensveränderung/ Transformation“ zerfiel in die beiden Originalfaktoren „Seeking religious direction“ und „Religious direction/ conversion“.
2. Die Hauptachsen-Faktorenanalyse mit obliquen Rotation mit Kaiser-Normalisierung ergab acht gut interpretierbare Faktoren wie in der Referenzlösung.
3. Die Extraktion der Faktoren mit Maximum Likelihood, obliquen Rotation und Eigenwert  $> 1$  ergab ebenfalls acht Faktoren. „Aktives Vertrauen in Gottes Beistand“ zerfiel in dieser Lösung in die Originalfaktoren „Seeking spiritual support (sss)“ und „Collaborative religious coping/ Self-directing religious coping (crc/ sdrc)“. Einige Items von crc/ sdrc luden primär auf die Skala „Religious Focus“, wiesen jedoch – wie in den anderen Lösungen – auch hohe Ladungen auf die Faktoren crc/ sdrc und sss auf.
4. In der Durchführung einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und Eigenwert  $> 1$  ergaben sich wiederum analog zur Referenzlösung acht gut interpretierbare Faktoren.
5. Für die Hauptachsenanalyse mit Varimax-Rotation und Eigenwert  $> 1$  zerfiel die Lösung in acht Faktoren, die klar interpretierbar blieben. Jedoch luden mehrere Items nicht mehr am höchsten auf ihren Faktor. So verloren z.B. die Skalen „Bitte um Eingreifen“ und „Religiöse Neuorientierung“ Items.
6. Schließlich ergab auch die Maximum Likelihood Extraktion mit Varimax Rotation eine achtfache Faktorenlösung, die konstitutionell der Referenzlösung am fernsten war. Es fand sich ein starker erster Faktor mit Items der Dimensionen „Aktives Vertrauen in Gottes Beistand“, „Aufmerksamkeitslenkung“ und „Bitte um Eingreifen“. Einen zweiten starken Faktor bildeten die Dimensionen „Unzufriedenheit mit Gott“ und „Bestrafung“.

#### 4.2.2. Faktorenstruktur des deutschen RCOPE

Die Dimensionen religiöser Bewältigung stellen sich demnach wie folgt da: Faktor I setzt sich aus Items zusammen, die Vertrauen in Gottes Fürsorge und Wohlwollen sowie ein aktives Handeln des Einzelnen in Kooperation mit Gott ausdrücken. Auch entgegengesetzte Aussagen, die ein selbstständiges Handeln explizit unter dem Ausschluss Gottes beinhalten, gehen in diese Skala mit ein. Beispiele für Items sind hier: „Ich habe darauf vertraut, dass Gott mit mir ist“, aber auch „Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung“. Faktor II drückt Unzufriedenheit über Gottes Handeln aus, Zweifel an seiner Fürsorge und Nähe: „Ich habe mich gefragt, ob Gott wirklich fürsorglich ist.“ Faktor III hingegen fokussiert auf Zweifel an Gottes Einflussmöglichkeiten mit Items wie „Ich habe erkannt, dass es Dinge gibt, die selbst Gott nicht ändern kann“. Bei Faktor IV wird in den Aussagen eine Verhaltenstendenz beschrieben, die ein aktives Aufsuchen von Hilfe und Unterstützung bei Mitgliedern der Glaubensgemeinschaft beinhaltet, z.B. „Ich habe die seelische Unterstützung von Geistlichen gesucht“. Die Aussagen von Faktor V beschreiben das nachdrückliche Bitten um ein günstiges Eingreifen Gottes. Dies kann auch beinhalten, Gott etwas anzubieten, um dieses Eingreifen wahrscheinlicher zu machen: „Ich habe für ein Wunder gebetet“, „Ich habe mit Gott darüber verhandelt, dass er die Umstände verbessert“. In den Items von Faktor VI wird der aktive Versuch nach geistlicher Erweckung/ Umkehr und die Suche nach einer neuen Bestimmung für das Leben beschrieben: „Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden“. Durch Faktor VII wird die Kognition beschrieben, von Gott bestraft oder verlassen zu werden, beispielhaft ist hier das Item „Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt“. Faktor VIII schließlich beschreibt die Strategie, die Aufmerksamkeit auf den religiösen Glauben zu fokussieren: „Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken“.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Faktorenanalyse wird in Tabelle 5 aufgezeigt. In weiten Teilen spiegelt diese Lösung die gefundene Faktorstruktur von Pargament et al. (2000) wider.

**Tabelle 5.** *Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse mit obliminer Rotation*

Faktor	Anzahl Items	Faktor-Eigenwert	Markeritem (MI)	Ladung des MI	Thematik
<b>I</b>	12	15.09	Ich habe darauf vertraut, dass Gott an meiner Seite sein würde	.89	Aktives Vertrauen in Gottes Beistand
<b>II</b>	4	5.48	Ich war wütend, dass Gott nicht für mich da war	.86	Unzufriedenheit mit Gott
<b>III</b>	4	2.36	Ich habe gedacht, dass einige Dinge Gottes Macht übersteigen	.84	Zweifel an Gottes Macht
<b>IV</b>	5	2.15	Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht	.88	Suche nach sozialer Unterstützung
<b>V</b>	5	1.78	Ich habe zu Gott gefleht, dass alles gut geht	.69	Bitte um göttliches Eingreifen
<b>VI</b>	6	1.20	Ich habe nach einer totalen geistlichen Wiedererweckung gesucht	.74	Religiöse Lebensveränderung/Transformation
<b>VII</b>	5	1.13	Ich war der Meinung, dass Gott mich für meine Sünden bestraft	.83	Bestrafung
<b>VIII</b>	3	1.07	Ich habe gebetet, um mich von meinen Problemen abzulenken	.79	Aufmerksamkeitslenkung auf Religion

*Anmerkungen.* Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung. (N = 210)

Es wird im Folgenden die gefundene achtfaktorielle Lösung bei allen weiteren Berechnungen zugrunde gelegt. Wo inhaltlich sinnvoll, wurde Faktor I in seine beiden dichotomen Teilaspekte „Vertrauen in Gott“ (Faktor Ia) und „Vertrauen in eigene Stärke“ (oder: „Bewältigung ohne Gott“, Faktor Ib) unterteilt.

#### 4.2.3. Reliabilität des deutschen RCOPE

Die Ermittlung der inneren Konsistenz erfolgte über die Berechnung von Cronbachs  $\alpha$ . Die Reliabilitäten stellen sich für die einzelnen Faktoren wie folgt dar:

**Tabelle 6.** Reliabilitäten der Faktoren des deutschen RCOPE

Faktor	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
$\alpha$	.88	.79	.77	.88	.81	.86	.82	.72

*Anmerkungen.* Faktor I: Aktives Vertrauen in Gottes Beistand, Faktor II: Unzufriedenheit mit Gott, Faktor III: Zweifel an Gottes Macht, Faktor IV: Suche nach sozialer Unterstützung, Faktor V: Bitte um göttliches Eingreifen, Faktor VI: Religiöse Lebensveränderung/ Transformation, Faktor VII: Bestrafung, Faktor VIII: Aufmerksamkeitslenkung auf Religion. (N = 210)

Es zeigten sich für die Faktoren I, IV, V, VI und VII mit Werten von  $\alpha = .81 - .88$  eine gute Reliabilität, für die Faktoren II, III und VIII mit Kennwerten von  $\alpha = .72 - .79$  eine zufriedenstellende innere Konsistenz. Im Anhang finden sich in der Tabelle A1 die weiteren Kennwerte der Teststatistik, d.h. Skalenmittel, Skalenvarianz, korrigierte Item-Skala-Korrelation, die quadrierten multiplen Korrelationen sowie Cronbachs  $\alpha$ , sofern das Item nicht in die Skala aufgenommen wurde.

#### 4.2.4. Deskriptive Statistik der Faktoren

Positive Faktoren religiöser Bewältigung wiesen im Mittel eine höhere Nennung auf als negative. Die in der untersuchten Stichprobe am häufigsten gebrauchten Bewältigungsstrategien waren die beiden Teilaspekte von Faktor I: Selbst-gerichtete religiöse Bewältigung, d.h. „Bewältigung ohne Gott“ (Faktor Ib, MW = 2.40,  $\pm 1.13$ ), und „Aktives Vertrauen in Gottes Beistand“ (Faktor Ia, MW = 2.21,  $\pm 1.13$ ). Am seltensten genannt wurden „Bestrafung“ (MW = 1.37,  $\pm .74$ ) und „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“ (MW = 1.44,  $\pm .77$ ).

Eine Übersicht der Mittelwerte und Standardabweichungen der acht Dimensionen religiösen Copings findet sich in der Tabelle 7.

**Tabelle 7.** Mittelwerte und Standardabweichungen der acht Faktoren des deutschen RCOPE

Faktor	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
<b>MW</b>	2.25	1.57	1.78	1.51	2.0	1.69	1.37	1.44
<b>SD</b>	.61	.87	1.02	.93	1.07	.94	.74	.77

*Anmerkungen.* Faktor I: Aktives Vertrauen in Gottes Beistand, Faktor II: Unzufriedenheit mit Gott, Faktor III: Zweifel an Gottes Macht, Faktor IV: Suche nach sozialer Unterstützung, Faktor V: Bitte um göttliches Eingreifen, Faktor VI: Religiöse Lebensveränderung/ Transformation, Faktor VII: Bestrafung, Faktor VIII: Aufmerksamkeitslenkung auf Religion. (N = 210)

Zur Überprüfung auf Normalverteilung bei einer Stichprobengröße von  $N > 50$  wurden Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests durchgeführt (Bühner, 2006, S. 82). Bei einem Signifikanzniveau von 5% musste Normalverteilung für alle Skalen des RCOPE abgelehnt werden, die Werte der asymptotischen Signifikanz lagen zwischen  $p < .000$  und  $p < .004$ . Anhand von Histogrammen und PP-Diagrammen wurde die Voraussetzung der Normalverteilung weiter überprüft. Wäre für die vorliegende Stichprobe von Normalverteilung auszugehen, müssten die ausgegebenen Werte auf einer Geraden liegen. Die Diagramme für alle Skalen zeigten deutliche Abweichungen von der Geraden, so dass die Ablehnung von Normalverteilung grafisch bestätigt wurde. Durchgehende Werte  $> 0$  für die Schiefe bestätigten eine nicht-normalverteilte Stichprobe.

Für die Teilstichproben war eine unterschiedliche starke Ausprägung von Religiosität und damit auch der Anwendung religiöser Bewältigungsstrategien angenommen worden. Zur Überprüfung dieser Annahme wurden Subgruppenanalysen durchgeführt. Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich der Tabelle 8 entnehmen.

**Tabelle 8.** Deskriptive Statistik der Teilstichproben

	Medizinstudierende N = 157		Theologiestudierende N = 36		Aktive kirchliche Laien N = 17	
<b>Faktor</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>
<b>I</b>	2.08	.88	2.87	.54	3.23	.56
<b>II</b>	1.36	.57	1.65	.83	1.86	.67
<b>III</b>	1.29	.55	1.91	.90	2.71	.87
<b>IV</b>	1.84	.81	1.67	.61	1.75	.54
<b>V</b>	1.37	.62	1.67	.62	1.65	.56
<b>VI</b>	1.83	.81	2.31	.74	2.91	.45
<b>VII</b>	1.28	.78	1.37	.59	1.69	.82
<b>VIII</b>	1.52	.64	2.05	.78	2.47	.58
<b>sdrc</b>	2.58	.94	1.96	.78	1.67	.80

*Anmerkungen.* Faktor I: Aktives Vertrauen in Gottes Beistand, Faktor II: Unzufriedenheit mit Gott, Faktor III: Zweifel an Gottes Macht, Faktor IV: Suche nach sozialer Unterstützung, Faktor V: Bitte um göttliches Eingreifen, Faktor VI: Religiöse Lebensveränderung/ Transformation, Faktor VII: Bestrafung, Faktor VIII: Aufmerksamkeitslenkung auf Religion, sdrc = Subskala Bewältigung ohne Gott (aus Faktor I), MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung. (N = 210)

Erwartungsgemäß ließen sich in den Teilstichproben substantielle Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung religiöser Bewältigung feststellen. Im Mittel wies die Gruppe der aktiven kirchlichen Laien die höchsten Durchschnittswerte in den Dimensionen religiösen Copings auf. Interessanterweise traf dies sowohl für die positiven Facetten religiöser Bewältigung zu – z.B. Faktor I (Aktives Vertrauen) – wie auch für die negativen Dimensionen. Beispielsweise wurde auch die Bewältigungsform „Unzufriedenheit mit Gott“ (Faktor II) durch die kirchlichen Laien im Schnitt häufiger angewandt. Die höchsten Mittelwerte in der Teilstichprobe „Aktive kirchliche Laien“ erreichten die drei Skalen „Aktives Vertrauen“ (MW = 3.23,  $\pm$  .56), „Religiöse Lebensveränderung/ Transformation“ (MW = 2.91,  $\pm$  .45) und „Zweifel an Gottes

Macht“ ( $MW = 2.71, \pm .87$ ). Am wenigsten genannt wurden „Bitte um göttliches Eingreifen“ ( $MW = 1.65, \pm .56$ ) sowie „Bestrafung“ ( $MW = 1.69, \pm .82$ ).

In der Gruppe der Theologiestudierenden war der Faktor „Aktives Vertrauen“ ebenfalls am stärksten ausgeprägt ( $MW = 2.87, \pm .54$ ), wenn auch im Mittel schwächer als bei den Kirchenmitarbeitern. Die beiden weiteren Faktoren mit der höchsten Mittelwerten waren in dieser Teilstichprobe „Religiöse Lebensveränderung/ Transformation“ ( $MW = 2.31, \pm .74$ ) und „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“ ( $MW = 2.05, \pm .78$ ). Geringe Mittelwerte wiesen die Faktoren „Bestrafung“ ( $MW = 1.37, \pm .59$ ) und „Unzufriedenheit mit Gott“ ( $MW = 1.65, \pm .83$ ) auf.

Die mit  $N = 157$  größte Teilstichprobe der Medizinstudierenden wandte im Mittel am wenigsten stark die identifizierten Faktoren religiösen Copings an. Mit  $MW = 2.08 (\pm .88)$  schwächer ausgeprägt als in den Vergleichsgruppen, war der Faktor „Aktives Vertrauen“ auch in dieser Stichprobe der stärkste. Gefolgt wurde er von den Dimensionen „Suche nach sozialer Unterstützung“ ( $MW = 1.84 \pm .81$ ) und „Religiöse Lebensveränderung/ Transformation“ ( $MW = 1.83, \pm .81$ ). Kaum eine Rolle spielten für die Medizinstudierenden die Bewältigungsstrategien „Bestrafung“ ( $MW = 1.28, \pm .78$ ) und „Zweifel an Gottes Macht“ ( $MW = 1.29, \pm .55$ ).

In der Subgruppenanalyse wurde ergänzend der erste Faktor „Aktives Vertrauen“ differenzierter betrachtet. Dieser beinhaltet die Subskala „Selbst-gesteuertes religiöses Coping“, die eine Bewältigung explizit ohne Gott, bzw. religiösen Bezug, beschreibt. Der erste Faktor beinhaltet somit zwei inhaltlich divergente Subskalen: „Aktives Vertrauen in Gottes Beistand“ und „Bewältigung *ohne* Gott“. Korrespondierend mit der bereits beschriebenen stärkeren Ausprägung religiösen Copings in der Gruppe der kirchlichen Laien fand sich für diese Teilstichprobe eine schwächere Ausprägung der Subskala „Bewältigung ohne Gott“. Diese war hingegen am stärksten ausgeprägt in der Gruppe der Medizinstudierenden ( $MW = 2.58, \pm .94$ ) und stellte damit den höchsten Mittelwert überhaupt in dieser Teilstichprobe dar.

Auf Ebene der Items zeigten sich in der Missing-value-Analyse keine Nonresponder, alle analysierten Fragebögen waren vollständig ausgefüllt. Einen Überblick über die gesamte deskriptive Statistik gibt Tabelle A2 im Anhang, in der die Mittelwerte, Standardabweichung, Schiefe und Kurtosis der Einzelitems angeführt werden.

#### 4.2.4.1. Testkennwerte der Skala „Somatisierung“ (SCL-90) und HADS

Für die 12 Items der Skala „Somatisierung“ der Symptom-Checkliste SCL-90 (Franke, 1995) zeigte sich eine gute Reliabilität mit einem Cronbachs  $\alpha = .79$ . Die Mittelwerte betrugen minimal MW = 1.33 ( $\pm .66$ ) und maximal MW = 2.47 ( $\pm 1.36$ ).

Die zweiskalige „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) in der deutschen Adaptation von Hermann (1994) wurde in der Reliabilität für die beiden Subskalen „Ängstlichkeit“ (HADS\_a) und „Depressivität“ (HADS\_d) überprüft. Für die sieben Items der HADS\_a fand sich in der vorliegenden Untersuchung ein befriedigendes Cronbachs  $\alpha = .78$  bei Mittelwerten zwischen MW = 1.87 ( $\pm .95$ ) und MW = 2.78 ( $\pm .93$ ). Die HADS\_d wies für die sieben Items eine gute Reliabilität mit Cronbachs  $\alpha$  von insgesamt  $\alpha = .87$  auf, die Mittelwerte betrugen minimal MW = 1.62 ( $\pm .91$ ), maximal MW = 2.50 ( $\pm 1.02$ ).

#### 4.2.4.2. Testkennwerte der Skala Posttraumatische Persönliche Reifung

Eine Übersicht über die Testkennwerte des Inventars zur Posttraumatischen Persönlichen Reifung (PPR; Maercker & Langner, 2001) zeigt Tabelle 9.

**Tabelle 9.** Testkennwerte der Skala „Posttraumatische Persönliche Reifung“

	Skala I	Skala II	Skala III	Skala IV	Skala V
<b>Anzahl Items</b>	7	5	4	2	3
<b>C<math>\alpha</math></b>	.75	.73	.63	.84	.54
<b>MWmax (SD)</b>	2.50 (.65)	2.06 (.76)	2.25 (.65)	1.69 (.77)	2.48 (.57)
<b>MWmin (SD)</b>	1.81 (.83)	1.56 (.76)	1.87 (.78)	1.60 (.77)	1.90 (.68)

*Anmerkungen.* C $\alpha$  = Cronbachs  $\alpha$ , MWmax = Mittelwert maximal, MWmin = Mittelwert minimal, SD = Standardabweichung, Skala I = Beziehungen zu Anderen, Skala II = Neue Möglichkeiten, Skala III = Persönliche Stärke, Skala IV = Religiöse Veränderungen, Skala V = Wertschätzung des Lebens. (N = 210)



Auffallend ist, dass die interne Konsistenz der fünf Skalen im Vergleich zu den von den Autoren berichteten Kennwerten deutlich schlechter ausfiel. So konnte eine gute Reliabilität mit einem Cronbachs  $\alpha = .84$  nur für die Subskala "Religiöse Veränderungen" erreicht werden, für die Skalen "Persönliche Stärke" und "Wertschätzung des Lebens" war die Zuverlässigkeit mit Cronbachs  $\alpha < .70$  als fragwürdig zu werten.

### **4.3. Zusammenhänge religiöser Bewältigung mit Befinden und persönlicher Reifung**

Mittels Spearman-Rangkorrelationen wurden Zusammenhänge zwischen den Dimensionen religiösen Copings mit psychischen Symptomen wie Ängstlichkeit und Depressivität, aber auch körperlichen Beschwerden, evaluiert.

#### **4.3.1. Zusammenhänge von religiöser Bewältigung und Befinden**

Im ersten Schritt wurden nichtparametrische Korrelationen der religiösen Bewältigung mit physischen und psychischen Symptomen untersucht. Die Zusammenhänge der acht Dimensionen des RCOPE mit den Skalen „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ der deutschen HADS (Hermann, 1994) sowie mit der Skala „Körperliche Beschwerden“ der Symptomcheckliste SCL-90 (Franke, 1995) werden im Folgenden beschrieben.

Es fanden sich viele signifikante Zusammenhänge schwächeren Ausmaßes zwischen Dimensionen religiösen Copings und der HADS. Der stärkste Zusammenhang ließ sich mit  $r = .37$  ( $p < .01$ ) zwischen dem Faktor „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“ des RCOPE und der Skala „Ängstlichkeit“ der HADS feststellen. Im Mittel waren die Zusammenhänge religiöser Bewältigung zur Skala „Ängstlichkeit“ der HADS etwas stärker ausgeprägt als zur Skala „Depressivität“. Für zwei Faktoren religiöser Bewältigung ließen sich zur Skala „Depressivität“ überhaupt keine Assoziationen nachweisen: dies galt für die Dimensionen „Aktives Vertrauen“ sowie „Bitte um

Eingreifen“. Hinsichtlich der Skala „Ängstlichkeit“ der HADS war der schwächste Zusammenhang zur religiösen Bewältigung der zum Faktor „Suche nach sozialer Unterstützung“.

Für die Liste körperlicher Beschwerden der SCL-90 (Franke, 1995) fanden sich ebenfalls schwache, aber signifikante Zusammenhänge zum RCOPE. Die stärkste Assoziation fand sich mit der Skala „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“ ( $r = .33$ ,  $p < .01$ ). Keinerlei Korrelation konnte zum Faktor „Suche nach sozialer Unterstützung“ festgestellt werden, der auch zur HADS die schwächsten Zusammenhänge zeigte. Eine Übersicht aller Spearman-Korrelationen zwischen RCOPE, HADS und SCL-90 ist in Tabelle 10 angegeben.

**Tabelle 10.** Spearman-Korrelationen der religiösen Bewältigung zu HADS und SCL-90

Faktor	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
HADS_d	.12	.24**	.16*	.16*	.10	.19**	.26**	.20**
HADS_a	.23**	.32**	.28**	.15*	.20**	.34**	.33**	.37**
kb_scl	.19**	.19**	.26**	.07	.20**	.21**	.18**	.33**

Anmerkungen. HADS\_d = Skala „Depressivität“ der HADS, HADS\_a = Skala „Ängstlichkeit“ der HADS, kb\_scl = Skala „Körperliche Beschwerden“ der SCL-90, Faktor I: Aktives Vertrauen in Gottes Beistand, Faktor II: Unzufriedenheit mit Gott, Faktor III: Zweifel an Gottes Macht, Faktor IV: Suche nach sozialer Unterstützung, Faktor V: Bitte um göttliches Eingreifen, Faktor VI: Religiöse Lebensveränderung/Transformation, Faktor VII: Bestrafung, Faktor VIII: Aufmerksamkeitslenkung auf Religion, \*  $p < .05$  (zweiseitig), \*\*  $p < .01$  (zweiseitig). (N = 210)

#### 4.3.2. Zusammenhänge von religiöser Bewältigung und persönlicher Reifung

Es wurde untersucht, ob die identifizierten Dimensionen religiöser Bewältigung Zusammenhänge zu den Faktoren persönlicher Reifung aufweisen. Dazu wurden zunächst Spearman-Rangkorrelationen gebildet, da die zu untersuchenden Variablen von der Normalverteilung abweichen. Für die Berechnung wurde aus inhaltlichen Gründen der erste Faktor „Aktives Vertrauen“, der neben dem Vertrauen auf Gottes

Fürsorge auch den Aspekt des „Selbst-gesteuerten religiösen Copings“, d.h. das Vertrauen auf die *eigene* Stärke und Kompetenz beinhaltet, in zwei Unterfaktoren aufgeteilt, die im weiteren als Faktor Ia „Aktives Vertrauen“ und Faktor Ib „Selbst-gesteuerte religiöse Bewältigung“, bzw. „Bewältigung ohne Gott“, aufgeführt werden. Die Ergebnisse für die Zusammenhänge der Dimensionen religiöser Bewältigung sowohl mit der Gesamtskala des Instruments „Posttraumatische Persönliche Reifung“ als auch dessen fünf Faktoren ist in den Tabellen 11 und 12 aufgelistet.

**Tabelle 11.** *Nicht-parametrische Korrelation persönlicher Reifung zu den Dimensionen religiöser Bewältigung*

Faktor	Ia	Ib	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
PPR_ges	.53**	-.20**	.18**	.09	.43**	.34**	.61**	.31**	.29**

Anmerkungen. PPR\_ges = Gesamtskala der PPR, Faktor Ia = Aktives Vertrauen, Faktor Ib = Selbst-gesteuerte religiöse Bewältigung, Faktor II = Unzufriedenheit mit Gott, Faktor III = Zweifel an Gottes Macht, Faktor IV = Suche nach sozialer Unterstützung, Faktor V = Bitte um göttliches Eingreifen, Faktor VI = Religiöse Lebensveränderung/ Transformation, Faktor VII = Bestrafung, Faktor VIII = Aufmerksamkeitslenkung auf Religion, \*\*  $p < .01$  (zweiseitig). (N = 210)

Zunächst zeigten sich für alle Faktoren religiöser Bewältigung, mit Ausnahme des Faktors „Zweifel an Gottes Macht“, signifikante Zusammenhänge zur persönlichen Reifung ( $p < .01$ ). Für die Teilskala „Bewältigung ohne Gott“ des ersten Faktors ließ sich eine schwache negative Assoziation nachweisen.

In der Einzelanalyse aller Faktoren religiöser Bewältigung zu allen Faktoren der persönlichen Reifung zeigten sich folgende Ergebnisse: Erwartungsgemäß korrelierten alle Dimensionen persönlicher Reifung auf mittlerem bis hohem Niveau miteinander. Die Ergänzung des ersten Faktors „Aktives Vertrauen“ um die Subskala Ib „Bewältigung ohne Gott“ war inhaltlich sinnvoll, da sich zwischen Faktor Ia und Ib eine starke negative Korrelation von  $r = -.63$  abzeichnete. Für die Dimension „Bewältigung ohne Gott“ zeigte sich ein schwach negativer Zusammenhang zur Gesamtheit der Faktoren persönlicher Reifung, erwartungsgemäß war die negative Korrelation zur Skala

„Religiöse Veränderung“ der PPR mit  $r = -.47$  zur „Bewältigung ohne Gott“ am stärksten ausgeprägt.

Die inhaltliche Nähe der Skala „Religiöse Veränderung“ der PPR zu den Dimensionen religiöser Bewältigung wurde durch die Korrelationen widerspiegelt, hier zeigten sich im Schnitt die stärksten Zusammenhänge von maximal  $r = .70$  zur Skala „Aktives Vertrauen“.

**Tabelle 12.** Nicht-parametrische Korrelation der fünf Dimensionen persönlicher Reifung zu den Dimensionen religiöser Bewältigung

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. PPR_ges														
2. PPR_ba	.79**													
3. PPR_nm	.79**	.47**												
4. PPR_ps	.69**	.35**	.54**											
5. PPR_rv	.64**	.44**	.36**	.34**										
6. PPR_wl	.62**	.42**	.43**	.35**	.39**									
7. F Ia	.53**	.44**	.26**	.30**	.70**	.37**								
8. F Ib	-.20**	-.20**	-.03	-.49	-.47**	-.06	-.63**							
9. F II	.18**	.16*	.16*	.03	.13	.16*	.13	.14*						
10. F III	.09	.11	.05	.07	-.09	.18*	-.02	.31**	.52**					
11. F IV	.43**	.32**	.27**	.22**	.57**	.31**	.66**	-.39**	.24**	.01				
12. F V	.35**	.29**	.18**	.16*	.45**	.26**	.70**	-.41**	.35**	.15*	.53**			
13. F VI	.61**	.44**	.44**	.32**	.71**	.40**	.81**	-.43**	.30**	.06	.62**	.67**		
14. F VII	.31**	.22**	.28**	.12	.34**	.21**	.39**	-.11	.63**	.25**	.41**	.56**	.62**	
15. F VIII	.29**	.25**	.09	.17*	.51**	.18**	.67**	-.36**	.18**	.06	.53**	.46**	.62**	.41**

Anmerkungen. PPR\_ges = Gesamtskala der PPR, PPR\_ba = Beziehung zu Anderen, PPR\_nm = Neue Möglichkeiten, PPR\_ps = Persönliche Stärke, PPR\_rv = Religiöse Veränderung, PPR\_wl = Wertschätzung des Lebens, F Ia = Aktives Vertrauen, F Ib = Selbst-gesteuerte religiöse Bewältigung, F II = Unzufriedenheit mit Gott, F III = Zweifel an Gottes Macht, F IV = Suche nach sozialer Unterstützung, F V = Bitte um göttliches Eingreifen, F VI = Religiöse Lebensveränderung/ Transformation, F VII = Bestrafung, F VIII = Aufmerksamkeitslenkung auf Religion, \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig). (N = 210)

#### **4.3.3. Zusammenhänge von religiösen Bewältigungsstrategien und persönlicher Reifung mit soziodemografischen Daten**

In der folgenden Auswertung wurde der Zusammenhang der soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht mit der Anwendung religiöser Bewältigungsstrategien sowie persönlicher Reifung untersucht. Für die Zusammenhänge zwischen Geschlecht der Probanden und religiösem Coping ließ sich folgendes nachweisen: Es zeigte sich eine signifikante negative Assoziation von männlichem Geschlecht zur Dimension „Aktives Vertrauen in Gottes Beistand“ von  $r = -.14$  ( $p < .05$ ), d.h. Frauen wendeten diese Strategie häufiger an. Zudem war weibliches Geschlecht schwach, aber signifikant mit der Gesamtskala der persönlichen Reifung assoziiert ( $r = .14$ ,  $p < .05$ ).

Für Assoziationen des Alters der Probanden zu den Dimensionen religiöser Bewältigung fiel auf: je jünger die Probanden waren, desto häufiger wurde die Strategie „Bewältigung ohne Gott“ genutzt, dieser Zusammenhang war schwach, aber hochsignifikant ( $r = -.22$ ,  $p < .01$ ). Für drei weitere Dimensionen religiöser Bewältigung fanden sich ebenfalls signifikante Assoziationen zum Alter, am stärksten war der Effekt beim Faktor „Suche nach sozialer Unterstützung“ ( $r = .30$ ,  $p < .01$ ). Schwächere Zusammenhänge zeigten sich für die Skalen „Religiöse Lebensveränderung“ ( $r = .16$ ,  $p < .05$ ) und „Bestrafung“ ( $r = .12$ ,  $p < .05$ ) mit dem Lebensalter.

#### **4.3.4. Partielle Korrelationen persönlicher Reifung**

In einer weiteren Analyse wurden Partialkorrelationen der persönlichen Reifung gebildet, um mögliche Confounder zu identifizieren. Hierzu wurden die soziodemographischen Merkmale Alter und Geschlecht herangezogen und erneut Spearman-Rangkorrelationen berechnet. Hinsichtlich des religiösen Copings wurden wiederum die acht Dimensionen religiöser Bewältigung integriert, unter Aufteilung des ersten Faktors in die inhaltlich divergierenden Skalen „Aktives Vertrauen“ und „Selbstgesteuerte religiöse Bewältigung“. Eine Übersicht dieser Ergebnisse findet sich in Tabelle 13.

**Tabelle 13.** *Partielle Korrelationen persönlicher Reifung zu den Dimensionen religiöser Bewältigung, kontrolliert für Alter und Geschlecht*

Faktor	Ia	Ib	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
PPR_ges	.35*	-.09	.38**	.21	.33*	.17	.58**	.27*	-.03

Anmerkungen. PPR\_ges = Gesamtskala der PPR, Faktor Ia = Aktives Vertrauen, Faktor Ib = Selbst-gesteuerte religiöse Bewältigung, Faktor II = Unzufriedenheit mit Gott, Faktor III = Zweifel an Gottes Macht, Faktor IV = Suche nach sozialer Unterstützung, Faktor V = Bitte um göttliches Eingreifen, Faktor VI = Religiöse Lebensveränderung/ Transformation, Faktor VII = Bestrafung, Faktor VIII = Aufmerksamkeitslenkung auf Religion, \*  $p < .05$  (zweiseitig), \*\*  $p < .01$  (zweiseitig). (N = 210)

Insgesamt zeigten sich nach der Auspartialisierung der Variablen „Alter“ und „Geschlecht“ schwächere Assoziationen der persönlichen Reifung mit den Dimensionen religiöser Bewältigung. Eine Ausnahme bildete der Faktor VI des RCOPE, der den Bereich einer religiösen Lebensveränderung beschreibt: die Korrelation blieb hier mit einem  $r = .58$  ( $p < .01$ ) stabil hoch signifikant. Weitere signifikante Zusammenhänge blieben für die Faktoren Ia, II, IV und VII bestehen. Der Effekt der negativen Assoziation der Bewältigung ohne Gott zur persönlichen Reifung verschwand, wenn er für Alter und Geschlecht kontrolliert wurde. Interessanterweise zeigte sich für die Dimension „Unzufriedenheit mit Gott“ (Faktor II des RCOPE) weiter ein stabiler Zusammenhang auf hohem Signifikanzniveau zu den Dimensionen persönlicher Reifung.

Mit den Dimensionen „Selbst-gesteuerte religiöse Bewältigung“, „Zweifel an Gottes Macht“, „Bitte um göttliches Eingreifen“ sowie „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“ ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge mehr nachweisen.

#### 4.4. Lineare Regressionsanalyse mit persönlicher Reifung als Kriterium

Zur Überprüfung der Annahme, persönliche Reifung sei durch religiöse Bewältigungsstrategien vorhersagbar, wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Als abhängige Variable wurde hier die Gesamtskala der PPR definiert

und für mögliche Confoundingvariablen wie Alter und Geschlecht adjustiert. Als unabhängige Variablen wurden die in der Faktorenanalyse identifizierten acht Dimensionen religiöser Bewältigung des deutschen RCOPE implementiert.

#### 4.4.1. Stichprobeneignung

Um Extremwerte zu identifizieren, die in der Regressionsgleichung zu starken Schwankungen führen („Ausreißer“), wurde zunächst die Mahalanobis-Distanz bestimmt. Mittels dieses Distanzmaßes kann beschrieben werden, wie stark ein Fall hinsichtlich der erklärenden Variablen vom Durchschnitt der anderen Fälle abweicht (Janssen & Laatz, 2007). Für einen Datensatz von  $N = 205$  wurden die standardisierten Residuen berechnet. Im vorhandenen Datensatz wurden mit dieser Prozedur keine Ausreißer identifiziert und die Regressionsanalyse daher mit  $N = 205$  durchgeführt. Nach Bortz und Döring (2002) ist diese Stichprobengröße ausreichend, um bei der gewählten Anzahl von neun Prädiktoren, einem  $\alpha$ -Wert von 5% und einem  $\beta$ -Wert von 80% einen mittelstarken Effekt von  $f^2 = .16$  nachzuweisen (Faul & Erdfelder, 1992).

#### 4.4.2. Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse

Es wurde eine blockweise Regressionsanalyse durchgeführt, deren Ergebnisse in Tabelle 14 aufgezeigt werden.

**Tabelle 14.** Kennwerte der Regressionsmodelle zum Ausmaß persönlicher Reifung

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> (adj.)	Änderung F	df1	df2	Änderung Signifikanz
1 <sup>a</sup>	.17	.03	.02	3.10	2	202	.05
2 <sup>b</sup>	.64	.40	.37	13.42	9	193	.00

Anmerkungen. Abhängige Variable: PPR\_ges. <sup>a</sup> Einflussvariablen: (Konstante), Alter, Geschlecht. <sup>b</sup> Einflussvariablen: (Konstante), Alter, Geschlecht, RCOPE-Faktoren Ia, Ib, II – VIII. ( $N = 205$ )

Zur Differenzierung der Vorhersagekraft der Dimensionen religiösen Copings zu möglichen Confoundern wurden in der Regressionsanalyse zwei Modelle berechnet: Als jeweilige Kriteriumsvariable wurde in beiden Modellen die Gesamtskala der persönlichen Reifung gewählt, in Modell 1 wurden die Einflussvariablen „Alter“ und „Geschlecht“ als Prädiktoren in die Analyse integriert. Modell 2 umfasste zu den genannten Variablen zusätzlich die acht Faktoren religiöser Bewältigung unter erneuter Aufteilung des ersten Faktors.

Für Modell 1 ergab sich eine multiple Korrelation von  $R = .17$  mit einem  $R^2 = .03$  bzw. korrigiertem  $R^2 = .02$ . Der Signifikanztest zeigte, dass die potentiellen Confounder einen signifikanten Erklärungswert aufwiesen ( $p < .05$ ). Im zweiten Regressionsmodell ergaben sich mit  $R = .64$  deutlich höhere multiple Korrelationen. Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  erklärte eine Varianz von 40% bzw. 37%, wenn korrigiert, d.h. 37% der Kriteriumsvarianz konnten auf die religiösen Bewältigungsstrategien zurückgeführt werden. Dies entsprach einer Steigerung um 35% gegenüber Modell 1. Zudem zeigte sich, dass die Aufnahme der acht Dimensionen religiöser Bewältigung in das Regressionsmodell eine nochmalige Verbesserung der Vorhersage der Kriteriumsvariablen herbeiführte ( $p < .001$ ).

Mittels F-Signifikanztest wurde die Validität der geschätzten Bestimmtheitsmaße für die Grundgesamtheit überprüft (Backhaus et al., 2000). Die Ergebnisse für die multiple Korrelation  $R$  sind in der Tabelle 15 aufgeführt. Wie unten stehend gezeigt, war der F-Wert für beide Modelle der Regressionsanalyse signifikant  $> 0$ , wobei sich das statistisch bessere Ergebnis für das Modell 2 mit einem F-Wert von 11.86 ( $p < .001$ ) ergab.

Die aufgeklärte Varianz von 37% war nach dem F-Test mit  $p < .05$  signifikant. Der Gütetest bestätigte damit, dass durch die Dimensionen religiösen Copings ein Anteil von 37% der Varianz des Kriteriums „Persönliche Reifung“ aufgeklärt werden konnte.



**Tabelle 15. ANOVA (Analysis of Variance)**

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1. Regression	.859	2	.43	3.101	.047 <sup>a</sup>
Residuen	27.985	202	.139		
Gesamt	28.844	204			
2. Regression	11.631	11	1.057	11.856	.000 <sup>b</sup>
Residuen	17.213	11	.089		
Gesamt	28.844	204			

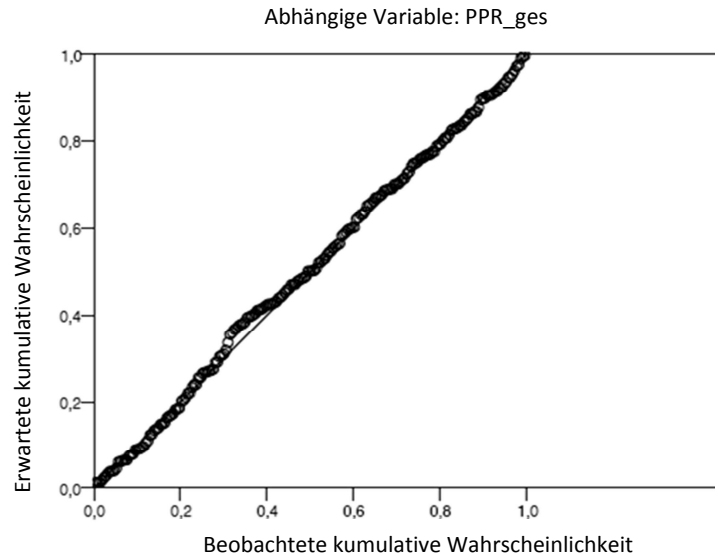
Anmerkungen. Abhängige Variable: PPR\_ges. <sup>a</sup> Einflussvariablen: (Konstante), Alter, Geschlecht. <sup>b</sup> Einflussvariablen: (Konstante), Alter, Geschlecht, RCOPE-Faktoren Ia, Ib, II – VIII. (N = 205)

#### 4.4.3. Prüfung der Voraussetzungen des linearen Regressionsmodells

Nach Backhaus et al. (2000, S. 32ff.) müssen bei der Durchführung linearer Regressionsanalysen verschiedene Voraussetzungen beachtet werden, die im Folgenden beschrieben und überprüft werden.

##### 4.4.3.1. Normalverteilung der Residuen

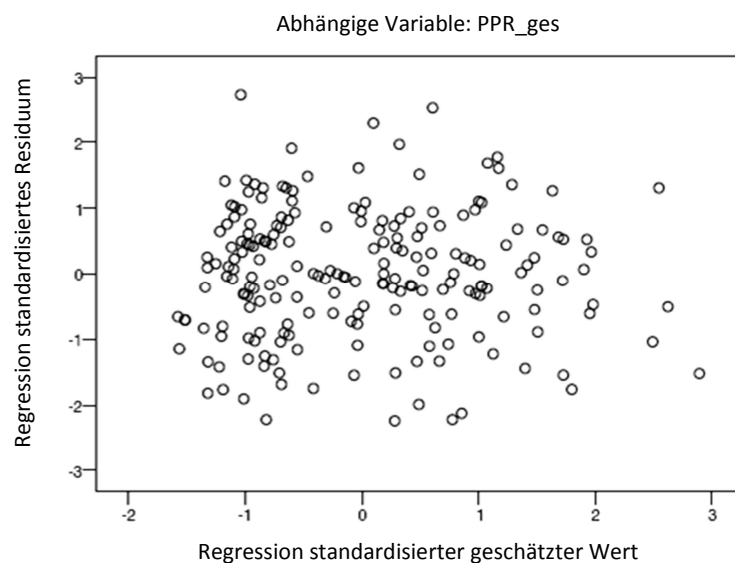
Die in der Regressionsanalyse angewandten Testverfahren F-Test und t-Test als Prüfgrößen setzen voraus, dass für die standardisierten Residuen eine Normalverteilung vorliegt. Die Überprüfung der Normalverteilung erfolgte grafisch über ein P-P-Diagramm (Abbildung 3), in dem die empirisch ermittelten kumulierten Verteilungen den standardisierten Residuen der zu erwartenden kumulativen Häufigkeit gegenüber gestellt wurden. Für den Fall einer Normalverteilung sollten die aufgetragenen Werte eine Gerade bilden (Backhaus et al., 2000) – dies war im vorliegenden Fall zutreffend.



**Abbildung 3.** P-P-Diagramm der standardisierten Residuen

#### 4.4.3.2. Linearität des Zusammenhangs von Prädiktor- und Kriteriumsvariable

Mittels eines Streudiagramms wurde die Bedingung einer linearen Beziehung zwischen Prädiktor- und Kriteriumsvariable überprüft, da nach Backhaus et al. (2000) eine Verletzung der Linearität zu einer Verzerrung der Schätzwerte führt. Abbildung 4 zeigt die Beziehung der standardisierten geschätzten Werte zu den standardisierten Residuen. Ein systematisches Muster ließ sich im Streudiagramm nicht erkennen, so dass die Voraussetzung der Linearität als erfüllt betrachtet werden konnte.



**Abbildung 4.** Standardisierte Vorhersagewerte und standardisierte Residuen

#### 4.4.3.3. Homoskedastizität

Die Prämisse der Homoskedastizität der Störgrößen verlangt, dass die Streuungen der Residuen über die Werte der abhängigen Variablen konstant vorliegen. Bei Verletzung dieser Voraussetzung wird der Standardfehler des Regressionskoeffizienten verfälscht und die Schätzung ineffizient. Die Evaluation der Homoskedastizität erfolgt ebenfalls graphisch über ein Streudiagramm (ohne Abbildung). In der dargestellten Punktwolke ließ sich kein systematisches Muster identifizieren, was belegte, dass zwischen der Variation der standardisierten Residuen und der Größe der Vorhersage kein substantieller Zusammenhang besteht. Für die hier vorliegenden Daten konnte Homoskedastizität somit bestätigt werden.

#### 4.4.3.4. Kollinearität

Idealerweise sind die Prädiktoren einer Regressionsrechnung vollkommen voneinander unabhängig. Dieser Fall liegt in der Realität praktisch nicht vor, so dass bei empirischen Daten immer von einem gewissen Grad an Multikollinearität auszugehen ist. Überschreitet diese ein definiertes Maß, resultiert daraus eine zunehmende Ungenauigkeit der geschätzten Werte durch Zunahme des Standardfehlers der Regressionskoeffizienten. Laut der Definition von Tabachnik und Fidell (2007) liegt eine problematische Multikollinearität dann vor, wenn die bivariaten Korrelationen bei  $r = .90$  oder darüber liegen.

In der vorliegenden Arbeit lagen die maximalen bivariaten Korrelationen bei  $r = .74$ , sodass hier erwartungsgemäß von einem inneren Zusammenhang der Prädiktoren ausgegangen werden musste. Der Konditionsindex als Kennzahl deutete bei einem Wert  $> 30$  (37.3) auf das Vorliegen einer starken Multikollinearität hin (Janssen & Laatz, 2007). Der Varianzinflationsfaktor lag für die Prädiktoren des zweiten Modells zwischen  $VIF = 1.07$  und  $VIF = 3.12$  mit einem Ausreißer von  $VIF = 5.12$  für den Faktor la „Aktives Vertrauen“. Im Allgemeinen werden Werte zwischen vier und zehn als nicht mehr akzeptabel für den Varianzinflationsfaktor angesehen (Backhaus et al., 2000).

#### 4.4.3.5. Unstandardisierte Residuen und t-Signifikanztests

Mithilfe von t-Tests wurde die Nullhypothese überprüft, dass ein Regressionskoeffizient in der Population = 0 ist (Backhaus et al., 2000). Die Ergebnisse zur Signifikanzprüfung und deren Signifikanzwerte können aus der Tabelle 16 entnommen werden. Ferner sind dort die unstandardisierten Regressionsgewichte mit ihren Standardfehlern sowie die bivariaten Korrelationen aufgeführt.

**Tabelle 16.** Testwerte der Prädiktoren zur Ausprägung persönlicher Reifung

	B	SF	t-Wert	Signifikanz	Bivariate Korrelationen
<b>Konstante</b>	1.29	.20	6.51	.00	
<b>Geschlecht</b>	-.04	.04	-.93	.36	-.14
<b>Alter</b>	.00	.01	.43	.67	.09
<b>Faktor Ia</b>	.18	.05	3.74	.00	.52
<b>Faktor Ib</b>	.04	.03	1.35	.18	-.22
<b>Faktor II</b>	.05	.05	1.02	.31	.20
<b>Faktor III</b>	.01	.03	.40	.69	.04
<b>Faktor IV</b>	-.04	.04	-1.10	.28	.34
<b>Faktor V</b>	-.08	.04	-2.02	.05	.31
<b>Faktor VI</b>	.25	.05	4.79	.00	.59
<b>Faktor VII</b>	-.02	.05	-.43	.67	.26
<b>Faktor VIII</b>	-.07	.04	-1.60	.11	.29

*Anmerkungen.* B = unstandardisierte Regressionsgewichte, SF = Standardfehler, Geschlecht: 0 = weiblich, 1 = männlich, Faktor Ia = Aktives Vertrauen, Faktor Ib = Selbst-gesteuerte religiöse Bewältigung, Faktor II = Unzufriedenheit mit Gott, Faktor III = Zweifel an Gottes Macht, Faktor IV = Suche nach sozialer Unterstützung, Faktor V = Bitte um göttliches Eingreifen, Faktor VI = Religiöse Lebensveränderung/ Transformation, Faktor VII = Bestrafung, Faktor VIII = Aufmerksamkeitslenkung auf Religion, abhängige Variable: Gesamtskala der PPR. (N = 205)

Als signifikante Prädiktoren des Modells ließen sich hier anhand der Signifikanzwerte die Faktoren „Aktives Vertrauen“ ( $p < .01$ ), „Bitte um göttliches Eingreifen“ ( $p < .05$ ) und „religiöse Lebensveränderung/ Transformation“ ( $p < .01$ ) ablesen. Das zugehörige Regressionsgewicht war für den Faktor Ia mit  $B = .18$  sowie Faktor VI ( $B = .25$ ) am stärksten von Null verschieden. Demnach leisten diese beiden Faktoren einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Kriteriumsvariable der Persönlichen Reifung und erwiesen sich als stärkste Prädiktoren des Regressionsmodells.

## 4.5. Deutsche Adaptation des Brief-RCOPE

### 4.5.1. Ergebnisse der Faktorenanalyse

Mit der selben Stichprobe ( $N = 210$ ), die bei der Berechnung des RCOPE zugrunde gelegt wurde, wurde für das Kurzinstrument zur religiösen Bewältigung, Brief-RCOPE, eine Faktorenanalyse durchgeführt. Aufgrund eigener inhaltlicher Vorüberlegungen und der Vorlage des Brief-RCOPE von Pargament et al. (1998) wurde eine dichotome Faktorenstruktur erwartet und als entsprechendes Modell eine Hauptachsen-Extraktion mit voreingestellten zwei Faktoren und Varimax-Rotation gewählt.

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium bewies mit  $KMO = .87$  die adäquaten Voraussetzungen der Stichprobe für die Durchführung einer Faktorenanalyse (Bühner, 2006). Die Signifikanztestung nach Bartlett ergab ein Chi-Quadrat von  $\chi^2 = 1435.65$  ( $df = 91$ ,  $p < .001$ ), die Nullhypothese konnte somit abgelehnt werden. Die Varimaxrotation wurde mit Kaiser-Normalisierung durchgeführt, hier zeigten erwartungsgemäß zwei Faktoren einen Eigenwert  $> 1$ . Die aufgeklärte Gesamtvarianz betrug 48.2%, wofür in der rotierten Lösung 29.7% auf den ersten Faktor „Positive religiöse Bewältigung“ und 18.4% auf den zweiten Faktor „Negative religiöse Bewältigung“ entfielen.

In der gefundenen Lösung luden die inhaltlich in ihrer dichotomen Struktur gut voneinander abgrenzbaren Items jeweils auf ihren Faktor am höchsten. Das Item aus der theoretischen Skala „Demonic Reappraisal“ („Ich kam zu der Überzeugung, dass

der Teufel dafür verantwortlich ist“, Markierung: rc\_z3) bildete eine Ausnahme: Inhaltlich der negativen religiösen Bewältigung zugeordnet, lud es auf beide Faktoren annähernd gleich stark (Faktor 1 = .38, Faktor 2 = .37). Aus Tabelle 17 lässt sich die deutsche Version des Brief-RCOPE mit den Ladungen der einzelnen Items aus der rotierten Lösung entnehmen.

Der erste Faktor umfasst Items, die eine positive Haltung hinsichtlich der eigenen Glaubensüberzeugung im Angesicht einer Belastung ausdrücken: Durch Hinwendung zu Gott wird Trost, Unterstützung und innerer Abstand zur Belastungssituation gesucht. Zudem werden Ansätze beschrieben, proaktiv in der Kooperation mit Gott die Kraft zu neuer Initiative zu suchen. Auch die Fokussierung auf Religion, um die Intensität der aktuellen Bedrohung abzumildern, findet Niederschlag, ebenso wie die Bitte um Vergebung von Schuld.

Kontrastierend dazu sind die Items des zweiten Faktors durch den Ausdruck von Zweifel, Unzufriedenheit und Ängsten geprägt. Es werden Befürchtungen abgebildet, die Macht und Liebe Gottes könne entweder an ihre Grenzen gestoßen, oder nicht so bedingungslos sein, wie erhofft. Die erfahrene Belastung wird als Strafe Gottes oder auch als Werk des Bösen interpretiert. Zudem wird auch Unzufriedenheit mit Angehörigen der eigenen religiösen Gemeinschaft angesichts eines Gefühls des Verlassenseins erfasst.

Im Folgenden werden die beiden Skalen des Brief-RCOPE vereinfachend als „Positive religiöse Bewältigung“ und „Negative religiöse Bewältigung“ beschrieben. Hinweise zur Funktionalität bzw. Dysfunktionalität der beiden Skalen werden in Kap. 5.1.2 diskutiert.

#### **4.5.2. Reliabilität der deutschen Version des Brief-RCOPE**

Für die Skalen des Brief-RCOPE ergaben sich in der Überprüfung der Reliabilität ein sehr gutes Cronbachs  $\alpha = .91$  ( $\alpha = .91$  auch für standardisierte Items) für die Skala „Positive religiöse Bewältigung“. Für die Skala „Negative religiöse Bewältigung“ stellte sich mit Cronbachs  $\alpha = .76$  ( $\alpha = .79$  für standardisierte Items) eine befriedigende innere Konsistenz dar.

**Tabelle 17.** Deutsche Version des Brief-RCOPE nach Hauptachsen-Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation

Faktor	Item	Ladung
1.	Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht. ( <i>rc_z6</i> )	.87
	Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht. ( <i>rc_sss5</i> )	.86
	Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen. ( <i>rc_crc3</i> )	.82
	Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht mich zu stärken. ( <i>rc_z1</i> )	.77
	Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen. ( <i>rc_z5</i> )	.69
	Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten. ( <i>rc_z4</i> )	.64
	Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken. ( <i>rc_rf3</i> )	.28
2.	Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat. ( <i>rc_sd6</i> )	.75
	Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt. ( <i>rc_pgr3</i> )	.72
	Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt. ( <i>rc_sd4</i> )	.72
	Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft. ( <i>rc_pgr1</i> )	.54
	Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt. ( <i>rc_sd1</i> )	.41
	Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist. ( <i>rc_z3</i> )	.37
	Ich habe mich gefragt, ob meine Kirchengemeinde mich im Stich gelassen hat. ( <i>rc_z2</i> )	.34

Anmerkungen. *rc\_z* = Zusatzskala, Item nicht Bestandteil der acht Skalen des deutschen RCOPE, *rc\_crc* = Skala „Zusammenarbeit mit Gott“, *rc\_sss* = Skala „Aktives Vertrauen“, *rc\_rf* = Skala „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“, *rc\_sd* = „Unzufriedenheit mit Gott“, *rc\_pgr* = Skala „Bestrafung“. (N = 210)

#### 4.5.3. Deskriptive Statistik des Brief-RCOPE

Positive Faktoren religiöser Bewältigung wiesen im Mittel eine höhere Nennung auf als negative. Eine Übersicht der Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Skalen positiven und negativen religiösen Copings findet sich in der Tabelle 18. Auf Ebene der Einzelitems war in der Skala „Positive religiöse Bewältigung“ das Item „Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht“ mit  $MW = 2.25 (\pm 1.2)$  das am häufigsten genannte, das schwächste Item war mit  $MW = 1.43 (\pm .98)$  die Aussage „Ich habe mich über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme zu nachzudenken“.

In der Dimension „Negative religiöse Bewältigung“ wurde am häufigsten die Aussage „Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt“ ( $MW = 1.80, \pm 1.07$ ) genannt, am wenigsten die Aussage „Ich habe mich gefragt, ob meine Kirchengemeinde mich im Stich gelassen hat“ ( $MW = 1.08, \pm .31$ ).

Die Inter-Itemkorrelation der sieben Items des ersten Faktors betrug im Mittel  $MW = .60$ . Die Homogenität des zweiten Faktors war im Mittel niedriger ( $MW = .34$ ), die Homogenität der Dimension „Negative religiöse Bewältigung“ war somit fraglich.

**Tabelle 18.** Deskriptive Statistik des Brief-RCOPE (deutsche Version)

Faktor	Mittelwert	Standardabweichung	Spannweite	Schiefe	Kurtosis
1. rc_pos	1.91	.82	2.57	.38	-1.24
2. rc_neg	1.40	.48	2.17	1.42	1.50

Anmerkungen. rc\_pos = Positive religiöse Bewältigung, rc\_neg = Negative religiöse Bewältigung. (N = 210)

Auch für den Brief-RCOPE wurden die Teilstichproben (Medizinstudierende, Theologiestudierende, aktive kirchliche Laien) hinsichtlich der Anwendung religiöser Bewältigungsstrategien getrennt untersucht. Die bereits im RCOPE ersichtliche Tendenz, dass die aktiven kirchlichen Laien sowohl positive als auch negative religiöse Copingsstrategien im Vergleich zu den beiden anderen Teilstichproben häufiger



anwandten, wurde auch hier ersichtlich. Die Gruppe der Medizinstudierenden wandte sowohl positive als auch negative Strategien am seltensten an. Für alle drei Teilstichproben ließ sich festhalten, dass die positive Dimension religiöser Bewältigung stärkere Anwendung fand als die negative. Die Mittelwerte und Standardabweichungen für den Brief-RCOPE in der Analyse der Subgruppen finden sich in Tabelle 19.

**Tabelle 19.** Deskriptive Statistik der Ergebnisse der Teilstichproben im Brief-RCOPE

	<b>Medizinstudierende</b> N = 157		<b>Theologiestudierende</b> N = 36		<b>Aktive kirchliche Laien</b> N = 17	
<b>Faktor</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>
<b>RC_pos</b>	1.70	.76	2.42	.68	2.84	.39
<b>RC_neg</b>	1.33	.41	1.50	.60	1.81	.56

Anmerkungen. RC\_pos = Positive religiöse Bewältigung, RC\_neg = Negative religiöse Bewältigung, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

#### 4.5.4. Zusammenhänge religiöser Bewältigung mit Befinden und persönlicher Reifung

Mit der Fragestellung, ob sich Zusammenhänge der beiden Skalen des Brief-RCOPE untereinander finden lassen, wurden Spearman-Rangkorrelationen gebildet. Eingang fanden die beiden Dimensionen des Brief-RCOPE, positive und negative religiöse Bewältigung. Zudem wurde überprüft, ob sich Assoziationen des Brief-RCOPE zur Dimension „Bewältigung ohne Gott“, dem Faktor Ib der vorgestellten deutschen Adaptation des RCOPE, nachweisen lassen. Die Faktoren des Brief-RCOPE wurden außerdem mit der Gesamtskala der PPR, den Skalen „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ der HADS sowie der SCL-90 korreliert, um zu sehen, wie positive und negative Bewältigungsstrategien mit persönlicher Reifung zusammenhängen. Die Spearman-Rangkorrelationen finden sich in der Tabelle 20.

Mit einer Interskalenkorrelation von  $r = .45$  ( $p < .01$ ) fand sich eine mittlere Assoziation. Die Skalen des Brief-RCOPE können daher nicht als komplett voneinander unabhängige Konstrukte betrachtet werden. Die Zusammenhänge der Dimension „Bewältigung ohne Gott“ des RCOPE zu den Skalen „Positives religiöses Coping“ und „Negatives religiöses Coping“ des Brief-RCOPE stellten sich wie folgt dar: Die Anwendung positiver religiöser Bewältigungsstrategien war erwartungskonform mittelstark invers mit der „Bewältigung ohne Gott“ assoziiert ( $r = -.55$ ,  $p < .01$ ). Negatives religiöses Coping wies keine Zusammenhänge zur „Bewältigung ohne Gott“ auf.

Die Anwendung positiver religiöser Bewältigungsstrategien korrelierte positiv mit der persönlichen Reifung ( $r = .49$ ,  $p < .01$ ), ein schwächerer Zusammenhang von negativer religiöser Bewältigung zur persönlichen Reifung konnte ebenfalls gefunden werden ( $r = .29$ ,  $p < .01$ ). Für die beiden Skalen der HADS sowie die Skala körperliche Beschwerden der Symptomcheckliste ließen sich für beide Skalen des Brief-RCOPE keine wesentlichen Unterschiede in den Zusammenhängen feststellen: es traten jeweils ungefähr gleich starke, schwach positive Assoziationen auf.

**Tabelle 20.** *Spearman-Rangkorrelationen der deutschen Version des Brief-RCOPE mit persönlicher Reifung und Befinden*

	1.	2.	3.
1. Positive religiöse Bewältigung			
2. Negative religiöse Bewältigung	.45**		
3. Bewältigung ohne Gott (Skala Ib des RCOPE)	-.55**	.02	
4. Persönliche Reifung (PPR)	.49**	.29**	-.17*
5. Skala „Depressivität“ (HADS)	.17**	.23**	
6. Skala „Ängstlichkeit“ (HADS)	.33**	.32**	
7. Skala „Somatisierung“ (SCL-90)	.26**	.20**	

Anmerkungen. \* =  $p < .05$  (zweiseitig), \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig). (N = 210)

## **5. Diskussion**

Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit war, das von Pargament und Mitarbeitern (2000) entwickelte Instrument zur multidimensionalen Erfassung religiösen Copings, den RCOPE, mittels Übersetzung und Validierung dem deutschen Sprachraum zugänglich zu machen. Es wurde erstens überprüft, inwieweit sich die von Pargament und Mitarbeitern identifizierten Dimensionen religiöser Bewältigung an einer deutschen Stichprobe replizieren lassen. Zu diesem Zweck wurden Teilstichproben gewählt, bei denen eine unterschiedlich starke Ausprägung von Religiosität vermutet wurde.

Ein zweiter Schwerpunkt dieser Arbeit hatte die Validierung des Kurzinstruments Brief-RCOPE (Pargament et al., 1998) zum Ziel, welches als Screening-Instrument die rasche Überprüfung funktionaler und dysfunktionaler religiöser Bewältigungsstile in Studien und im klinischen Alltag erlauben soll. Auch hier wurden nach erfolgter Faktorenanalyse zur Überprüfung der Konstruktvalidität Korrelationen zu Messskalen der Ängstlichkeit/ Depressivität und der persönlichen Reifung überprüft.

Darüber hinaus bestand drittens das Forschungsanliegen, Assoziationen zwischen den Dimensionen religiöser Bewältigung und Parametern der Ängstlichkeit, Depressivität und körperlicher Beschwerden zu untersuchen. Die Annahme, dass positive religiöse Bewältigung mit besserem Befinden assoziiert sei, sollte überprüft werden.

Vertieft wurde letztens die Frage behandelt, ob religiöses Coping mit dem Konstrukt der persönlichen Reifung assoziiert ist und darüber hinaus auch als Prädiktor für persönliche Reifung gelten kann.

### **5.1. RCOPE**

Für die Adaptation ins Deutsche wurden neun der ursprünglich 17 Dimensionen des RCOPE (Pargament et al., 2000) übernommen. Die Selektion anhand der Ergebnisse der US-amerikanischen Daten und inhaltlicher Gründe zu treffen, ist sinnvoll: der Einfluss der grundlegenden Arbeit Pargaments ist international nicht zu leugnen. So stützen sich auch weitere im deutschsprachigen Raum vorliegende Messinstrumente

zur Erhebung religiöser Bewältigung ebenfalls auf die von Pargament entwickelten Skalen (vgl. Zwingmann et al., 2006; Winter, 2006; Wigger, Murken & Maercken, 2008; Müller, 2008). Der von Kremer (2001) konstruierte „Religiöse Bewältigungsindex“ (RBI) operationalisiert ohne direkte Bezugnahme auf die RCOPE-Skalen verschiedene religiöse Bewältigungsformen, die als interaktiv, heteronom oder autonom bezeichnet werden und inhaltliche Überschneidungen zu den Pargament-Skalen aufweisen. Die Selektion der neun Skalen in der deutschen Fassung des RCOPE stellt eine Verschlankung des Instruments auf 50 Items dar, mit der dennoch im wissenschaftlichen Kontext eine umfassende Diagnostik religiöser Bewältigung möglich ist.

Der Übersetzungsweg mittels mehrfacher Hin- und Rückübersetzung unter Zuhilfenahme von Muttersprachlern entspricht der gängigen Praxis. Besonderer Wert wurde auf eine genaue Übertragung der inhaltlich z.T. redundanten Items gelegt, die jedoch in einigen Fällen zu Lasten der Sprachschönheit ging. Items wie „Ich habe zu Gott aufgesehen, um Stärke, Unterstützung und Führung zu erfahren“ aus der Skala „Aktives Vertrauen“ sind ungewöhnlich formuliert und erinnern stark an das amerikanische Original. Teilweise mag dieser Effekt auch kulturellen Unterschieden in der Art und Weise, über die eigene Religiosität zu sprechen, geschuldet sein. Auch für zukünftige Übertragungen wird das Ziel einer Balance zwischen sprachlicher Glättung ohne Verlust der Intention des Items weiter eine Herausforderung sein.

#### **5.1.1. Gütekriterien**

In der durchgeführten Faktorenanalyse zeigte sich eine gute Konstruktvalidität des RCOPE. Die neun Skalen des amerikanischen Originals konnten fast deckungsgleich repliziert werden, mit der Ausnahme, dass die Skalen „Aktives Vertrauen“ und „Bewältigung ohne Gott“ in der deutschen Version faktorenanalytisch auf einen starken ersten Faktor zusammenfielen. Diese beiden Subskalen des ersten Faktors der deutschen Lösung korrelierten untereinander signifikant negativ ( $r = -.63$ ), wie sie ja auch inhaltlich einander entgegengesetzte Aussagen enthalten. Da der Aspekt der „Bewältigung ohne Gott“ auch in weiterführenden Untersuchungen, in denen der

RCOPE zur Anwendung kommen könnte, inhaltlich interessant bleiben wird, sollte die Aufteilung des ersten Faktors beibehalten werden. Somit wäre dann eine neunfaktorielle Lösung anzunehmen, die das Original nach Pargament et al. identisch widerspiegeln würde.

Die Items luden mit wenigen Ausnahmen auf ihrem jeweiligen Faktor am höchsten. Insgesamt zeigte sich hier der RCOPE auch in der transkulturellen Übertragung erfreulich stabil. Als Beleg der Konvergenzvalidität kann die hohe Korrelation der Skalen des RCOPE mit der Dimension „Religiöse Veränderungen“ aus dem Instrument „Posttraumatische Persönliche Reifung“ (PPR) verstanden werden (maximales  $r = .70$  mit der Skala „Aktives Vertrauen“). Die Skalen wiesen mit Cronbachs  $\alpha = .79 - .88$  überwiegend gute Reliabilitäten auf. Die Skalen „Zweifel an Gottes Macht“ und „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“ wiesen zufriedenstellende innere Konsistenzen auf ( $\alpha = .77$ , bzw.  $\alpha = .72$ ). Der RCOPE erfüllt somit die gängigen teststatistischen Gütekriterien.

Als Beweis der Kriteriumsvalidität kann gelten, dass die Skalen religiöser Bewältigung des RCOPE in der Regressionsanalyse signifikante Prädiktoren zur Aufklärung persönlicher Reifung darstellten. Insgesamt konnten die Dimensionen religiösen Copings 37% der Varianz aufklären, wobei als stärkste Prädiktoren des Regressionsmodells die Faktoren „Bitte um göttliches Eingreifen“ (Regressionsgewicht  $B = .18$ ) sowie „Religiöse Lebensveränderung/ Transformation“ ( $B = .25$ ) identifiziert wurden. Stimmig ist, dass diese beiden Faktoren des RCOPE, die inhaltlich proaktiv auf Veränderung der Situation ausgerichtet sind, auch für positive posttraumatische Veränderungen die beste Vorhersage leisten können. Zusammenhänge zwischen religiösem Coping und persönlicher Reifung sind mittlerweile gut belegt. In einem Review von 23 Arbeiten zu diesem Thema stellten Schaefer, Blazer und Koenig (2008) fest, dass insbesondere intrinsische Religiosität mit posttraumatischer Reifung assoziiert ist. Ai, Hall, Pargament und Tice (2012) legten eine Longitudinalstudie zu religiösem Coping bei Patienten vor einer schweren Herzoperation und postoperativer persönlicher Reifung vor, in der positives religiöses Coping ein signifikanter Moderator persönlicher Reifung zu sein scheint. In der vorliegenden Arbeit wurde der zeitliche

Abstand zum Life-Event zwar erhoben, und es wurde versucht, den Erinnerungsbias durch Einschluss von maximal sechs Jahre zurückliegenden Life-Events zu kontrollieren, eine Abschätzung des zeitlichen Effekts auf das Outcome persönlicher Reifung wurde jedoch nicht vorgenommen.

Die externe Validität der Skalen des RCOPE konnte bei Fix (2010) durch die relevanten Zusammenhänge zu den Variablen psychischer Gesundheit bestätigt werden. Hier zeigten chronisch Kranke, die vor allem negativ religiös bewältigten, signifikante Anpassungsstörungen im Sinne erhöhter Ängstlichkeit und Depressivität.

Dieser Befund ließ sich in der vorliegenden Arbeit nicht in der gleichen Stärke replizieren. Zur Skala „Ängstlichkeit“ der HADS bestanden signifikante, aber schwache Assoziationen. So ließen sich für die Skalen negativer religiöser Bewältigung „Unzufriedenheit mit Gott“ ( $r = .32$ ), „Zweifel an Gottes Macht“ ( $r = .28$ ) und „Bestrafung“ ( $r = .33$ ) Zusammenhänge zur Ängstlichkeit nachweisen, die sich mit den Skalen positiver religiöser Bewältigung praktisch im gleichen Niveau bewegten. Diese Abweichung von den Befunden in einer Stichprobe chronisch Erkrankter (Fix, 2010) und auch von den Befunden Pargaments et al. (2000) kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass in der vorliegenden Arbeit Belastungen abgefragt wurden, die schon länger zurücklagen und erfolgreich bewältigt worden waren. Auch in der sonstigen Literatur zu diesem Thema finden sich überwiegend Hinweise auf Assoziationen zwischen negativer religiöser Bewältigung und Depressivität, z.B. bei McConnell, Pargament, Ellison und Flannelly (2006) und Burker et al. (2005).

### **5.1.2. Stichprobe**

Die Größe der Gesamtstichprobe war für die angewandten statistischen Verfahren zwar ausreichend, für zukünftige Untersuchungen wäre allerdings ein größerer Datensatz wünschenswert, um auch kleinere statistische Effekte valide messen und die hier gefundenen Ergebnisse präziser darstellen zu können. In der vorliegenden Untersuchung sind die Teilstichproben umständehalber ungleich repräsentiert. Insbesondere die Anzahl der in die Studie eingeschlossenen Theologiestudierenden (N

= 36) sowie der kirchlichen Laien (N = 17) ist vergleichsweise klein. Da die vorliegenden Ergebnisse darauf hinweisen, dass religiöses Coping insbesondere für die Hochreligiösen einen signifikanten Stellenwert besitzt, ist die Erhöhung des Anteils dieser Subgruppe in weiteren Untersuchungen zur religiösen Bewältigung erstrebenswert. Bis dahin müssen die identifizierten Unterschiede im Bewältigungsverhalten und in der Ausprägung religiöser Bewältigung als Indizien, jedoch nicht als gesicherte Befunde betrachtet werden.

Die untersuchte Stichprobe war in Bezug auf Alter und Geschlecht recht homogen. Im Mittel waren die Teilnehmenden zwischen Anfang und Ende 20 Jahre alt. Interessant wäre hier der Vergleich zu älteren Teilnehmenden, insbesondere unter der begründeten Annahme, dass Religiosität im höheren Lebensalter stärker ausgeprägt ist (vgl. hierzu Ferraro & Koch, 1994 sowie Pargament et al., 2000). In einer Erhebung zur religiösen Bewältigung bei deutschen chronisch kranken Patienten konnte Fix (2010) feststellen, dass die Copingstrategie „Bewältigung ohne Gott“ von jüngeren Patienten signifikant häufiger angewandt wurde. Trotz der geringen Altersspannbreite in der vorliegenden Stichprobe ließ sich dieser Effekt schwach auch in dieser Arbeit nachweisen ( $r = -.22$ ,  $p < .01$ ).

Insgesamt muss im Rahmen dieser Arbeit die Frage nach der Bedeutung von Religiosität im Allgemeinen in Deutschland berücksichtigt werden. Generell wird die Bedeutung von Religiosität in Deutschland niedriger angenommen als in den USA. So berichtet der internationale Religionsmonitor der Bertelsmann-Stiftung (2007) einen Anteil von 89% „Religiösen“ an der Gesamtbevölkerung der USA, 62% werden sogar als „hoch religiös“ eingestuft. Für Deutschland werden diese Werte mit 70% bzw. 18% angegeben. In Deutschland besteht zudem als Konsequenz der deutschen Teilung von 1949 – 1990 und der daraus folgenden atheistischen Prägung Ostdeutschlands in puncto Religiosität ein erhebliches Ost-West-Gefälle. Terwey (2003) berichtete in einer repräsentativen Umfrage, dass in den alten Bundesländern 23% der Befragten an „irgendeine höhere Macht“ glaubten, „Glaube an Gott trotz Zweifeln“ berichteten 20%, weitere 20% gaben einen „festen Glauben an Gott“ an. Im Gegensatz dazu bezeichneten sich in den neuen Bundesländern derselben Umfrage zufolge 50% der

Bevölkerung als Atheisten, nur 5% als „ohne Zweifel an einen Gott glaubend“. Angesichts dieser Diskrepanzen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse dieser in Westdeutschland erhobenen Daten ohne weiteres auf Gesamtdeutschland übertragbar sind. Dementsprechend wäre die Validierung des RCOPE an einer ostdeutschen Stichprobe von großem Interesse. Denkbar wären auch Längsschnittstudien mit dem Schwerpunkt auf Veränderung der Religiosität z.B. nach einem Umzug von West- nach Ostdeutschland und vice versa.

Grundsätzlich wären zur weiteren Überprüfung der Inhaltsvalidität des RCOPE weitere Untersuchungen wünschenswert, die das Instrument an unterschiedlichen Stichproben einsetzen. Büssing et al. (2008) konnten z.B. in ihrer Erhebung an chronisch erkrankten Patienten und Tumorpatienten Unterschiede hinsichtlich der Religiosität/ Spiritualität ausmachen. Fix (2010) hat mit der deutschen Version des RCOPE eine Studie an chronisch erkrankten Patienten durchgeführt, Hess (2009) führte mit dem RCOPE eine Studie an Tumorpatientinnen durch. Gegenwärtig befinden sich weitere Projekte zum religiösen Coping (erhoben mit dem deutschen RCOPE) an psychisch Kranken in der Durchführung.

### **5.1.3. Betrachtung der Teilstichproben**

Interessant war vor allem die differenzierte Betrachtung der Stichprobe in ihren Subgruppen. Erwartungskonform war die Häufigkeit der Anwendung religiöser Bewältigungsstrategien in der Reihenfolge kirchliche Laien > Theologiestudierende > Medizinstudierende gereiht, so z.B. für die Skala „Aktives Vertrauen“ des RCOPE mit  $MW = 2.08$  für die Medizinstudierenden, dem  $MW = 2.87$  für die Theologiestudierenden und  $MW = 3.23$  für die kirchlichen Laien.

Die Messung von Religiosität beschränkte sich in dieser Arbeit auf die Abfrage der formellen Religionszugehörigkeit. Hier ist kritisch anzumerken, dass dies kein genaues Maß darstellt, da die formelle Zugehörigkeit z.B. zu den großen christlichen Kirchen in Deutschland nicht unbedingt mit dem Maß persönlicher Religiosität korrelieren muss. Das Problem der Messung von Religiosität ist aus der Literatur hinlänglich bekannt (vgl.



z.B. die Ausführungen von Zwingmann, Klein & Höfling, 2011). Ergänzend hätte in dieser Erhebung ein Instrument zur Messung der Intensität der Religiosität wie z.B. die Zentralitätsskala von Huber (2003, 2004) integriert werden können, die auch in den weltweiten Bertelsmann-Religionsmonitor (2007) eingegangen ist. Als ein indirektes Maß zur Erfassung der Religiosität der Teilnehmenden dieser Studie kann jedoch die Subskala „Bewältigung ohne Gott“ herangezogen werden. Hier zeigte sich eine inverse Reihenfolge der Ergebnisse: Für die Medizinstudierenden fanden sich hier die höchsten Werte ( $MW = 2.58$ ), gefolgt von den Theologiestudierenden ( $MW = 1.96$ ). Die kirchlichen Laien wendeten diese Strategie am wenigsten an ( $MW = 1.67$ ). Dies entspricht der Annahme, dass für Medizinstudierende von einer Ausprägung von Religiosität ausgegangen werden kann, die dem bundesdeutschen Durchschnitt entspricht, oder sogar darunter liegt. Eine Erhebung aus den USA fand in einer Gruppe von Medizinerinnen erhebliche Abweichungen der Religiosität im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt (Curlin, Lantos, Roach, Sellergren & Chin, 2005), insbesondere eine geringere Bindung an die „traditionellen“ christlichen Denominationen sowie eine doppelt so hohe Neigung zum „Coping ohne Gott“. Für den deutschsprachigen Raum liegen entsprechende Untersuchungen bisher nicht vor.

Für Theologiestudierende wurde eine stärkere Ausprägung von Religiosität angenommen, da die Fachwahl dieser Teilnehmenden zumindest die theoretische Auseinandersetzung mit Glauben und Spiritualität erfordert, und bei zukünftigen Pfarrern und Pfarrerinnen auch eine persönliche Auseinandersetzung und Bedeutung der Religiosität für das eigene Leben erwartet werden kann. Interessanterweise befindet sich diese Teilstichprobe in der Ausprägung religiöser Bewältigung hinter den aktiven kirchlichen Laien. Für diese Menschen, die sich ehrenamtlich in einer Kirche einbringen, könnte über eine noch höhere Bedeutung des eigenen Glaubens für das Leben spekuliert werden. Insbesondere in Kirchengemeinden evangelikal-charismatischer Prägung (wie die in der Stichprobe repräsentierte), in denen die persönliche Beziehung zu Gott betont wird, könnte dieser Effekt zur Darstellung kommen. Dementsprechend würde auch die eigene religiöse Überzeugung mehr in die Bewältigung aversiver Ereignisse einfließen.

Unter dieser Vorstellung ließe sich auch der Befund einordnen, dass die Gruppe der kirchlichen Laien nicht nur in den Skalen positiver Bewältigung (sowohl in den einzelnen Dimensionen des RCOPE wie auch im Brief-RCOPE) die höchsten Mittelwerte aufwies, sondern auch in den negativen. Auch hier ließ sich der Trend in allen drei Stichproben in der beschriebenen Reihenfolge nachvollziehen. Für die Skala „Unzufriedenheit mit Gott“ zeigten die Kirchenmitarbeiter mit  $MW = 1.86$  den höchsten Durchschnittswert, die Theologiestudierenden erzielten hier mit dem  $MW = 1.65$  einen höheren Wert als die Medizinstudierenden ( $MW = 1.36$ ). Eine noch stärkere Auffächerung gleichen Musters fand sich auch für den Faktor „Zweifel an Gottes Macht“. Die Dimension „Bestrafung“ wurde von den negativen Bewältigungsstrategien im Mittel am wenigsten genannt, auch hier führten jedoch die Kirchenmitarbeiter ( $MW = 1.69$ ).

Diese interessanten Befunde lassen am ehesten einen Rückschluss auf die Bedeutsamkeit von Glaube und Religion insgesamt in den Teilstichproben zu. Wer generell wenig religiös ist, wird auch nicht auf den Gedanken kommen, eine Lebenskrise als Strafe Gottes zu interpretieren. Nachvollziehbar scheint, dass dem gläubigen Menschen in der Krise Zweifel kommen, ob Gott es wirklich gut mit ihm meint oder ob er sogar von ihm im Stich gelassen wurde.

Ein höheres Maß an Religiosität scheint also nicht automatisch mit einer „gesünderen“ Religiosität einherzugehen, sondern funktionale wie auch dysfunktionale religiöse Bewältigungsmuster kommen beim stärker religiöseren Menschen aufgrund der höheren Zentralität des Themas stärker zur Anwendung. Dass sich die diskutierten Befunde in der gleichen Struktur auch im Brief-RCOPE wieder finden, ist ein zusätzlicher Beleg für die inhaltliche Validität des Kurzinstruments.

## 5.2. Brief-RCOPE

Die Kurzversion des RCOPE zur effizienten Erhebung funktionaler und dysfunktionaler religiöser Bewältigungsstile wurde in der vorliegenden Arbeit ebenfalls validiert. Die Reliabilität der beiden Skalen ist gut: Mit Cronbachs  $\alpha = .91$  für die Skala „Positive religiöse Bewältigung“ zeigte sich eine sehr gute Zuverlässigkeit und mit Cronbachs  $\alpha =$

.76 für die Skala „Negative religiöse Bewältigung“ eine befriedigende Zuverlässigkeit des Instruments. Die zweidimensionale Faktorenstruktur (positive/ funktionale religiöse Bewältigung und negative/ dysfunktionale religiöse Bewältigung) konnte entsprechend dem Original von Pargament et al. (1998, 2000) repliziert werden, allerdings zeigte sich abweichend von den Befunden Pargaments eine höhere Interkorrelation der Skalen ( $r = .45$ ,  $p < .01$  in der deutschen Adaptation,  $r = .17$ ,  $p < .001$  bei Pargament et al., 2000). Auch in der Auswertung des Brief-RCOPE zeigte sich generell eine höhere Anwendung positiver religiöser Bewältigungsstrategien. Die Distinktion der beiden Skalen war in der deutschen Version deutlich schwächer, dennoch zeigten beide Skalen Unterschiede in den Korrelationsmustern mit den anderen Messinstrumenten.

Die Skala positiver religiöser Bewältigung war deutlich negativ zur Skala „Bewältigung ohne Gott“ korreliert ( $r = -.55$ ,  $p < .01$ ), während die Skala negativen religiösen Copings dazu keinerlei signifikante Assoziationen aufwies. Ebenso zeigte sich ein stärkerer Zusammenhang persönlicher Reifung zur positiven religiösen Bewältigung ( $r = .49$ ,  $p < .01$ ) als zur negativen ( $r = .29$ ,  $p < .01$ ). Für die Skalen „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ der HADS fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der Assoziation zur positiven und negativen religiösen Bewältigung, es bestanden jeweils signifikante, aber schwache positive Korrelationen. Mit 48.2% Aufklärung der Gesamtvarianz in der Faktorenanalyse bildete der Brief-RCOPE nicht die Gesamtheit religiöser Bewältigung ab, erzielte in der deutschen Variante hier aber einen besseren Wert als im amerikanischen Original (33% der Gesamtvarianz, Pargament et al., 2000). Als ökonomisches Kurzinstrument ist der Brief-RCOPE zur Abbildung positiven und negativen religiösen Copings vielversprechend. Die beiden Skalen bilden eine Vielzahl religiöser Bewältigungsstile ab, wenngleich in der deutschen Adaptation die Homogenität des negativen religiösen Copings nicht vollständig nachweisbar war. Die an der Funktionalität orientierten Skalen eignen sich besser als Prädiktoren von Variablen physischer und psychischer Gesundheit als traditionelle Maße zur Religiosität wie z.B. selbstbewertete Religiosität, Häufigkeit von Gebet oder Kirchgang (vgl. Pargament, 1997). Aufgrund der Kürze eignet sich die Skala als Screeninginstrument sowohl für den klinisch-therapeutischen Alltag als auch für sozialwissenschaftliche Studien.

### 5.3. Limitationen und Ausblick

Die Aussagekraft der vorliegenden Daten ist durch das Querschnittsdesign der Untersuchung limitiert. Die positiven und negativen Bewältigungsstrategien wurden mit Messinstrumenten zur psychischen und physischen Gesundheit und mit einem Instrument zur persönlichen Reifung korreliert. Ob diese Muster positiver und negativer religiöser Bewältigung auch Veränderungen bezüglich Anpassung und Befinden vorhersagen können, also kausale Zusammenhänge nachweisbar sind, kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht festgestellt werden. Um die Effekte verschiedener Wege religiöser Bewältigung über die Zeit zu messen, sind Longitudinalstudien erforderlich. Diese existieren in wachsender Zahl (z.B. Pargament et al., 1994; Tix & Frazier, 1998; Ai et al., 2012), erbringen jedoch z.T. widersprüchliche Ergebnisse. Hier sind weitere detaillierte Erhebungen wünschenswert, um die Mechanismen religiösen Copings differenzierter zu verstehen.

Die Implikationen der negativen religiösen Bewältigung für die Gesundheit wären im Longitudinalverlauf besonders interessant: Unerwartet ließ sich in der vorliegenden Untersuchung ein Zusammenhang von negativer religiöser Bewältigung zur persönlichen Reifung feststellen.

Eine Erklärung wäre, dass das Durchleben religiöser Konflikte, die mit Distress einhergehen, auf lange Sicht positive Effekte hat. Denkbar wäre ein subjektives Gefühl des „Dazugelernthabens“ nach verarbeiteter Belastung. Dies würde implizieren, dass Menschen, die negativ religiös bewältigen, dies in der Phase akuter Belastung tun, im Verlauf aber in der Lage sind, ihre negativen Einstellungen zu überwinden und rückblickend eine andere Perspektive auf die Belastung einzunehmen. In der jüdisch-christlichen Literatur ist diese Perspektive keine unbekannte, wie klassisch am Beispiel Hiobs abzulesen ist, der nach eine Fülle von Life-Events und tiefer Depression bei sich eine vertiefte Gotteserkenntnis feststellt: „Ich hatte von dir nur vom Hörensagen vernommen; aber nun hat mein Auge dich gesehen.“ (Hiob 42, 5).

Die Konzeption des RCOPE basiert auf jüdisch-christlichen Gottesvorstellungen. Für andere monotheistische Religionen wie den Islam könnte die Verwendung ebenfalls interessant sein, hier gibt es bereits vereinzelt Erhebungen an muslimischen

Stichproben (Abu-Raiya, Pargament & Mahoney, 2011; Aflakseir & Colemann, 2011). Für nicht-monotheistische Religionen kann die Verwendung nicht empfohlen werden, wenngleich hier andere Messinstrumente in Erprobung sind (z.B. Tarakeshwar, Pargament & Mahoney, 2003a, b).

Die Identifikation religiöser Bewältigungsstrategien stellt eine praktische Unterstützung sowohl für Therapeuten und Ärzte als auch für Geistliche und Seelsorger dar und kann sowohl in der psychologischen Diagnostik als auch in der Intervention zur Anwendung kommen. Negative religiöse Bewältigungsmuster im Sinne eines Warnsignals zu identifizieren, kann bei der Einleitung einer frühzeitigen Krisenintervention helfen. Umgekehrt können positive religiöse Bewältigungsmuster eine Ressource für Menschen in belastenden Zeiten darstellen und in therapeutischen Interventionen entsprechend herausgearbeitet werden.

Grundsätzlich erlaubt die multidimensionale Betrachtung religiösen Copings ein differenzierteres Verständnis von dessen Wirkmechanismen. Die Ressource Religiosität wird so einer empirisch begründeten und systemimmanenten Berücksichtigung in der Therapie zugänglich. Behandelnde Ärzte und Therapeuten können durch entsprechende Sensibilität für die Religiosität ihrer Patienten gezielte, ressourcenorientierte Hilfestellung anbieten und somit eine ganzheitliche Beratung und Betreuung gewähren.

## **6. Zusammenfassung**

### **Hintergrund**

Im Bewältigungsprozess kritischer Lebensereignisse können religiöse Vorstellungen und Verhaltensweisen eine Ressource darstellen. Im deutschsprachigen Raum sind hierzu bisher Diagnostika zur Krankheitsbewältigung etabliert, die Religiosität als eindimensionale Skala abbilden (Klauer & Filipp, 1993). Diese Inventare berücksichtigen jedoch nicht die verschiedenen Dimensionen von Religiosität, die nach Maercker und Langner (2001) zudem eine von fünf Dimensionen persönlicher Reifung nach traumatischen Erlebnissen darstellt.

Zur eingehenderen Untersuchung funktionaler und dysfunktionaler Aspekte von Religiosität haben Pargament und Mitarbeiter (1998, 2000) mit dem RCOPE ein umfangreiches multidimensionales Diagnostikum religiöser Bewältigung vorgelegt. Zusätzlich hierzu wurde mit dem Brief-RCOPE ein Kurzinstrument ergänzt, welches positive (funktionale) und negative (dysfunktionale) religiöse Bewältigungsstile mit 14 Items skalenübergreifend erfasst.

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, durch die Adaption der beiden vorgenannten amerikanischen Instrumente ins Deutsche und nachfolgende Validierung die differenzierte Erfassung religiöser Bewältigungsstile dem deutschen Sprachraum zugänglich zu machen.

### **Methoden**

Unter Berücksichtigung der Validierungsstudien zum Original wurden aus ökonomischen Gründen neun der insgesamt 17 Skalen des RCOPE ausgewählt. Die 14 Items des Brief-RCOPE wurden unverändert übernommen. Eingeschlossen wurden N = 210 Personen, die einem Life-Event ausgesetzt gewesen waren. Weitere Instrumente, die in die vorliegende Studie integriert wurden, waren: „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (Herrmann et al., 1995), „Symptom-Checkliste SCL-90“ (Franke, 1995) sowie „Posttraumatische Persönliche Reifung“ (Maercker & Langner, 2001).

## Ergebnisse

Die Skalen des RCOPE (z.B. „Aktives Vertrauen in Gottes Beistand“, „Zweifel an Gottes Macht“) zeigten befriedigende bis gute Reliabilitäten (Cronbachs  $\alpha = .72 - .88$ ). In der analog den Originalarbeiten durchgeführten Faktorenanalyse mit obliquen Rotation konnte die Faktorenstruktur Pargaments weitestgehend repliziert werden, es ergab sich zunächst eine achtfaktorielle Lösung. Aus inhaltlichen Gründen wurde der starke erste Faktor aufgeteilt, sodass sich eine neunfaktorielle Lösung ergab, die damit Pargaments Ergebnissen entspricht. Fast alle Skalen wiesen substantielle positive Assoziationen zu den Dimensionen der persönlichen Reifung auf ( $r_{\max} = .62$ ,  $p < 0.01$ ). In einer Regressionsanalyse mit persönlicher Reifung als Kriterium konnten 37% der Kriteriumsvarianz auf religiöses Coping zurückgeführt werden. Hinsichtlich der Anwendung funktionaler und dysfunktionaler religiöser Bewältigungsstile wies eine Teilstichprobe aktiver kirchlicher Laien höhere Mittelwerte auf.

Die beiden Skalen des Brief-RCOPE wiesen mit Cronbachs  $\alpha = .91$  für positives religiöses Coping eine sehr gute Reliabilität, mit  $\alpha = .76$  für negatives religiöses Coping eine befriedigende Reliabilität auf. Für funktionale Copingstrategien zeigte sich eine mittlere Assoziation mit persönlicher Reifung ( $r = .49$ ), auch dysfunktionale religiöse Bewältigung war schwächer mit persönlicher Reifung assoziiert ( $r = .29$ ). Die Assoziationen mit Ängstlichkeit und Depressivität waren für beide Skalen des Brief-RCOPE schwach positiv.

## Schlussfolgerung

Mit der deutschen Adaptation der RCOPE liegt ein ausführliches Instrument zur multidimensionalen Erfassung religiösen Copings vor. Das Instrument ist reliabel mit stabiler Faktorenstruktur im transkulturellen Vergleich. Die Kriteriumsvalidität des RCOPE zeigte sich in erwartungskonformen Niveauunterschieden in den Teilstichproben. Relevante Assoziationen von religiöser Bewältigung mit persönlicher Reifung belegten im Einklang mit den Originalarbeiten die Konstruktvalidität. Die Validität des Brief-RCOPE als Screening-Instrument bedarf weiterer Überprüfung z.B. in Patientenkollektiven.

## 7. Literaturverzeichnis

- Abu-Raiya, H., Pargament, K.I. & Mahoney, A. (2011). Examining coping methods with stressful interpersonal events experienced by Muslims living in the United States following the 9/11 attacks. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3, 1-14.
- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Aflakseir, A. & Coleman, P.G. (2011). Initial Development of the Iranian religious coping scale. *Journal of Muslim Mental Health*, 6, 44-61.
- Ai, A.L., Hall, D., Pargament, K.I. & Tice, T.N. (2013). Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 186-198.
- Ai, A.L., Peterson, C.P., Bolling, S.F. & Rodgers, W. (2006). Depression, faith-based coping, and short-term postoperative global functioning in adult and older patients undergoing cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 21-28.
- Alferi, S.M., Culver, J.L., Carver, C.S., Arena, P.L. & Antoni, M.H. (1999). Religiosity, religious coping, and distress. A prospective study of catholic and evangelical hispanic women in treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 4, 343-356.
- Allemand, M. & Znoj, H. (2004). Religiosität – eine wohlbefindensfördernde Ressource? In: C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. (S. 239-260). Münster: Waxmann.
- Alma, H.A., Pieper, J.Z.T. & Uden, M.H.F. van (2003). When I find myself in times of trouble: Pargament's religious coping scales in the Netherlands. *Archive for the Psychology of Religion*, 24, 64-74.
- Ano, G.G. & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 416-480.
- Ashby, J.S. & Lenhart, R.S. (1994). Prayer as a coping strategy for chronic pain patients. *Rehabilitation Psychology*, 39, 205-209.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (9. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bänziger, S.G.M., Uden, M.H.F. van & Janssen, J.A.P. (2008). Praying and coping. The relation between varieties of praying and religious coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*, 11, 101-118.
- Berghuis, J.P. & Stanton, A.L. (2002). Adjustment to a Dyadic Stressor: A Longitudinal Study of Coping and Depressive Symptoms in Infertile Couples Over an Insemination Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 433-438.



- Bergin, A.E., Masters, K.S. & Richards, P.S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 197-204.
- Bertelsmann Stiftung (2007). *Religionsmonitor 2007*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale - An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Bjorck, J.P. (1991). Mediating effects of religious faith on coping with threats, losses and challenges. *Dissertation Abstracts International*, 52, DA 9120455.
- Bjorck, J.P. (1997). Religiousness and coping: Implications for clinical practice. *Journal of Psychology and Christianity*, 16, 62-67.
- Bjorck, J.P. & Cohen, L.H. (1993). Coping with threats, losses, and challenges. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 36-72.
- Bonelli, R.M. & Koenig, H.G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52, 657-73.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6., überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (3., überarbeitete Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bosworth, H.B., Park, K., McQuoid, D.R., Hays, J.C. & Steffens, D.C. (2003). The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 905-914.
- Boudreaux, E., Catz, S., Ryan, L., Amaral-Melendez, M. & Brantley, P.J. (1995). The Ways of Religious Coping Scale: Reliability, validity, and scale development. *Assesment*, 2, 233-244.
- Braam, A.W., Hein, E., Deeg, D.J., Twisk, J.W., Beekman, A.T. & Van Tilburg, W. (2004). Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Aging and Health*, 16, 467-489.
- Braam, A.W., Schrier, A.C., Tuinebreijer, W.C., Beekman, A.T., Dekker, J.J. & de Wit, M.A. (2010). Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: a comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. *Journal of Affective Disorders*, 125, 269-278.
- Brady, M.J., Petermann, A.H., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Brown, R.F., Tennant, C.C., Sharrock, M., Hodgkinson, S., Dunn, S.M. & Pollard, J.D. (2006). Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis: part I. Important features. *Multiple Sclerosis*, 12, 453-464.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl.). München: Pearson Studium.

- Burker, E.J., Evon, D.M., Sedway, J.A. & Egan, T. (2004). Religious Coping, Psychological Distress and Disability Among Patients With End-Stage Pulmonary Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 179 – 193.
- Burker, E.J., Evon, D.M., Sedway, J.A. & Egan, T. (2005). Religious and Non-Religious Coping in Lung Transplantant Candidates: Does Adding God to the Picture Tell Us More? *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 513-526.
- Bush, E.G., Rye, M.S., Brant, C.R., Emery, E., Pargament, K.I. & Riessinger, C.A. (1999). Religious coping with chronic pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24, 249-260.
- Büssing, A. (2010). The SpREUK-SF10 questionnaire as a rapid measure of spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases. *Journal of Chinese integrative medicine*, 8, 832-41.
- Büssing, A., Fischer, J., Ostermann, T. & Matthiessen, P.F. (2008). Reliance on God's Help, Depression and Fatigue in Female Cancer Patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 357-372.
- Büssing, A., Keller, N., Michalsen, A., Moebus, S., Dobos, G., Ostermann, T. et al. (2006). Spirituality and adaptive coping styles in German patients with chronic diseases in a CAM health care setting. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 3, 1-26.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H.J., Grünther, R.A., Ostermann, T. & Neugebauer, E.A. (2009). Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? *Pain Medicine*, 10, 327-339.
- Büssing, A., Ostermann, T. & Koenig, H.G. (2007). Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, 39-57.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (1989–1990). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega*, 20, 265-272.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. In R.G. Tedeschi, C.L. Park & L.G. Calhoun (Hrsg.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (S. 215–238). New York: Taylor & Francis.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating post-traumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Chang, E.C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relation to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109-1120.
- Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review*, 24, 75–98.

- Cigrang, J.A., Hryshko Mullen, A. & Peterson, A.L. (2003). Spontaneous reports of religious coping by patients with chronic physical illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 133-137.
- Culver, J., Arena, P.L, Antoni, M.H. & Carver, C.S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer. Comparing African Americans, Hispanics, and non-Hispanic whites. *Psycho-Oncology*, 11, 495-504.
- Curlin, F.A., Lantos, J.D., Roach, C.J., Sellergren, S.A. & Chin, M.H. (2005). Religious characteristics of U.S. physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 7, 629-634.
- Dein, S. & Stygall, J. (1997). Does being religious help or hinder coping with chronic illness? *Palliative Medicine*, 11, 291-298.
- Deister, T. (2000). *Krankheitsverarbeitung und religiöse Einstellungen. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten*. Mainz: Grünewald.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Dörr, A. (2001). *Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Kovac.
- Dörr, A. (2004). Religiöses Coping als Ressource bei der Bewältigung von Life-Events. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.) *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung* (S. 261-275). Münster: Waxmann.
- Erbes, C., Eberly, R., Dikel, T., Johnsen, E., Harris, I. & Engdahl, B. (2005). Posttraumatic Growth among American Former Prisoners of War. *Traumatology*, 11, 285.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Faul, F. & Erdfelder, E. (1992). GPOWER: A priori, post-hoc, and compromise power analyse for MS-DOS (Version 2.0). Universität Bonn, Institut für Psychologie.
- Feher, S. & Maly, R.C. (1999). Coping with breast cancer in later life. The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Ferraro, K.F. & Koch, J.R. (1994). Religion and health among black and white adults: Examining social support and consolation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, 362-375.
- Fittchet, G., Murphy, P.E., Kim, J., Gibbons, J.L., Cameron, J.R. & Davis, J.A. (2004). Religious struggle: Prevalence, correlates, and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 179-196.
- Fix, C. (2010). Chronische Erkrankungen und religiöse Copingstrategien. *Dissertation. Marburg 2010: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2010/0375/>*
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping*, 21, 3-14.

- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promises. *Annual Review of Psychology*, 55, 746-774.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunke-Schetter, C., De Longis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Fox, C.A., Blanton, P.W. & Morris, M.L. (1998). Religious problem-solving styles: Three styles revisited. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 673-677.
- Franke, G.-H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Testmappe mit Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Franke, G.-H. (2002). *SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (2. vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage)*. Göttingen: Beltz Test.
- Ganzevoort, R.R. (2001). Religion in rewriting the story: Case study of a sexually abused man. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 11, 45-62.
- Grom, B., Hellmeister, G. & Zwingmann, C. (1998). Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI). Entwicklung eines neuen Messinstruments für die religionspsychologische Forschung. In: C. Henning & E. Nestler (Hrsg.), *Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie. Bad Boll Beiträge zur Religionspsychologie* (S.181-203). Frankfurt am Main: Lang.
- Hackney, C.H. & Sanders, G.S. (2003). Religiosity and mental health: a metaanalysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.
- Halstead, M.T. & Fernster, J.I. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17, 94-100.
- Harrison, M.O., Edwards, C.L., Koenig, H.G., Bosworth, H.B., Decastro, L. & Wood, M. (2005). Religiosity/ spirituality and pain in patients with sickle cell disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 250-257.
- Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Eme-Akwari, A.G. & Pargament, K.I. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13, 86-93.
- Helgeson, V.S., Reynolds, K.A. & Tomich, P.L. (2006). A metaanalytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- Herrmann, C. & Buss, U. (1994). Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HAD-Skala). Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica*, 40, 143-154.

- Hess, H.K. (2009). Zum Zusammenhang von positiven und negativen religiösen Bewältigungsstrategien und der Progredienzangst von Tumorpatientinnen. Dissertation. Marburg 2009: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2009/0732/>
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Hill, P.C. & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58, 64 –74.
- Hinkel, A. (2008). Coping. In H. Berth, F. Balck & E. Brähler (Hrsg.), *Medizinische Psychologie von A-Z* (S. 105-110). Göttingen: Hogrefe.
- Hinz, A. (2008). Stress. In H. Berth, F. Balck & E. Brähler (Hrsg.), *Medizinische Psychologie von A-Z* (S. 469-473). Göttingen: Hogrefe.
- Holland, J.C., Passik, S., Kash, K.M., Russak, S.M., Gronert, M.K., Sison, A. et al. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, 14-26.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messinstrument der Religiosität*. Opladen: Leske & Budrich.
- Huber, S. (2004). Zentralität und Inhalt. Eine Synthese der Messmodelle von Allport und Glock. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 79-105). Münster: Waxmann.
- Huber, S. (2011). Religiosität in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität* (S. 163-187). Weinheim: Juventa.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows* (6. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Jenkins, R.A. & Pargament, K.I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 51-74.
- Joas, H. (2007). Die religiöse Lage in den USA. In: H. Joas & K. Wiegandt (Hrsg.), *Säkularisierung und Weltreligionen* (S. 358-376.). Frankfurt/ Main: Fischer.
- Johnson, S.C. & Spilka, B. (1991). Coping with breast cancer: The role of clergy and faith. *Journal of Religion and Health*, 30, 21-33.
- Joseph, S. (2003). Person-centred approach to understanding post-traumatic stress. *Person-Centred Practice*, 11, 70-75.
- Joseph, S. (2004). Client-centred therapy, Post-traumatic stress, and Post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 101-120.

- Joseph, S. (2005). Understanding post-traumatic stress from the person-centred perspective. In S. Joseph & R. Worsley (Hrsg.), *Person-centred psychopathology: A positive psychology of mental health* (S. 190–201). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Joseph, S. & Linley, P.A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262-280.
- Joseph, S. & Linley, P.A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053.
- Käppeli, S. (1998). *Zwischen Leiden und Erlösung. Religiöse Motive in der Leidenserfahrung von krebserkrankten Juden und Christen*. Bern: Huber.
- Käppeli, S. (2000). Between suffering and redemption. Religious motives in Jewish and Christian cancer patients in coping. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 82-88.
- Kash, K.M., Holland, J.C. & Passik, S.D. (1995). The system of Belief Inventory (SBI): a scale to measure spiritual and religious beliefs in quality of life and coping research. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 5, 57-62.
- Katz, R.C., Flasher, L., Cacciapaglia, H. & Nelson, S. (2001). The Psychosocial Impact of Cancer and Lupus: A Cross Validation Study that Extends the Generality of “Benefit-Finding” in Patients with Chronic Disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 561-571.
- Kessler R. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191–214.
- Klauer, T. & Filipp, S.H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK): Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34, 58-65.
- Klein, C. & Albani, C. (2011). Religiosität und psychische Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität* (S. 215-245). Weinheim: Juventa.
- Klein, C. & Lehr, D. (2011). Religiöses Coping. In: C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität* (S. 333-359). Weinheim: Juventa.
- Koenig, H.G. (1997). *Is religion good for your health? The effects of religion on physical and mental health*. Binghamton, New York: Haworth Press.
- Koenig, H.G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, Artikel-ID 278730.
- Koenig, H.G., Cohen, H.J., Blazer, D.G., Pieper, C., Meador, K.G., Shelp, F., Goli, V. & DiPasquale, B. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1693-1700.
- Krause, N., Ellison, C.G., Shaw, B.A., Marcum, J.P. & Boardman, J.D (2001). Church-based social support and Religious Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 637-656.
- Kremer, R. (2001). *Religiosität und Schlaganfall. Bewältigen religiöse Menschen anders?* Frankfurt/M.: Lang.

- Krohne, H.W. (1997). Stress und Stressbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 265-283). Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. (S. 213-260). Bern: Huber.
- Lehman, D.R., Davis, C.G., DeLongis, A., Wortman, C., Bluck, S., Mandel, D.R. et al. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 90-112.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M. & Lucas R.E. (2012). Subjective Well-Being and Adaption to Life Events: A Meta-Analysis on Differences Between Cognitive and Affective Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 592-615.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (personal growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogen-versionen. *Diagnostica*, 47, 153-162.
- Maes, S., Leventhal, H. & DeRidder, D.T.D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N.S. Endler (Hrsg.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (S. 221-251). New York: Wiley.
- McConnell, K.M., Pargament, K.I., Ellison, C.G. & Flannelly, K.J. (2006). Examining the link between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1469-1484.
- McFarland, C. & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327-343.
- McIntosh, D.N., Silver, R.C. & Wortman, C.B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 812-821.
- McMillen, J.C., Smith, E.M. & Fisher, R.H. (1997). Perceived Benefit and Mental Health After Three Types of Disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733-739.
- Mehnert, A. (2008). Der Einfluss von religiöser und sinnbasierter Krankheitsverarbeitung auf Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen im Krankheitsverlauf. *Psychologie in Österreich*, 28, 72-76.

- Mehnert, A. & Koch, U. (2001). Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 171-182.
- Mehnert, A., Rieß, S. & Koch, U. (2003). Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 147-166.
- Mohr, D.C., Hart, S.L, Julian, L., Cox, D. & Pelletier, D. (2004). Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *British Medical Journal*, 328, 731.
- Möller, A. & Reimann, S. (2003). „Spiritualität“ und Befindlichkeit – subjektive Kontingenzen als medizinpsychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 609-616.
- Müller, C. (2008). „...vielleicht mal ein Gebet mehr gesprochen...“. *Religiosität im Verarbeitungsprozess von Angst und Todesangst bei Brustkrebspatientinnen*. Marburg: Tectum.
- Murken, S. & Müller, C. (2007). ‚Gott hat mich so ausgestattet, dass ich den Weg gehen kann.‘ Religiöse Verarbeitungsstile nach der Diagnose Brustkrebs. *Lebendiges Zeugnis*, 62, 115-128.
- Murken, S. & Reis, D. (2011). Religiosität, Spiritualität und Krebserkrankung. In: C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität* (S. 321-331). Weinheim: Juventa.
- Murken, S., Möschl, K., Müller, C. & Appel, C. (2011). Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping. In A. Büssing & N. Kohls (Hrsg.), *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit* (S. 75-91). Heidelberg: Springer.
- Murken, S., Namini, S., Gross, S. & Körber, J. (2010). Gender specific differences in coping with colon cancer - empirical findings with special consideration of religious coping. *Rehabilitation*, 49, 95-104.
- Muthny, F.A., Bechtel, M. & Spaete, M. (1992). Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 42, 41-53.
- Mytko, J.J. & Knight, S.J. (1999). Body, Mind and Spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.
- Nairn, R.C. & Merluzzi, T.V. (2003). The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 12, 428-441.
- Newman, J.S. & Pargament, K.I. (1990). The role of religion in the problem-solving process. *Review of Religious Research*, 31, 390-404.
- Nurasikin, M.S., Khatijah, L.A., Aini, A., Ramli, M., Aida, S.A., Zainal, N.Z. & Ng, C.G. (2012). Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 332-338.



- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford.
- Pargament, K.I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy. Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford.
- Pargament, K.I. (2013). *APA Handbook for the psychology of religion and spirituality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Pargament, K.I. & Hahn, J. (1986). God and the just world: Causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25, 193-207.
- Pargament, K.I., Ano, G.G. & Wachholtz, A.B. (2005). The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. In R.F. Paloutzian & C. Park (Hrsg.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (S. 479-495). New York: Guilford.
- Pargament, K.I., Cole, B., Vandecreek, L., Belavic, T., Brant, C. & Perez, L. (1999). The vigil: Religion and the search for control in the hospital waiting room. *Journal of Health Psychology*, 4, 327-341.
- Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K. & Warren, R. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
- Pargament, K.I., Ishler, K., Dubow, E.F., Stanik, P., Roullier, R., Crowe, P., Cullman, E.P., Albert, M. & Royster, B.J. (1994). Methods of religious coping with the Gulf War: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, 347-361.
- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengeod, N., Newman, J. & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G. & Perez, L.M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1881-1885.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, 9, 713-730.
- Pargament, K.I., Murray-Swank, N.A. & Mahoney, A. (2008). Problem and solution: The spiritual dimension of clergy sexual abuse and its impact on survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17, 397-420.
- Pargament, K.I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D.S. & Van Haitsma, K. (1992). God help me (II): The relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31, 504-513.

- Pargament, K.I., Poloma, M. & Tarakeshwar, N. (2001a). Spiritual healing, karma, and the bar mitzvah: Methods of coping from the religions of the world. In C.R. Snyder (Hrsg.), *Coping and copers: Adaptive processes and people* (S. 259-284). New York: Oxford University Press.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Pargament, K.I., Tarakeshwar, N., Ellison, C.G. & Wulff, K.M. (2001b). Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 497-513.
- Park, C.L. (2005a). Religion and meaning. In R.F. Paloutzian & C.L. Park (Hrsg.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (S. 295-314). New York: Guilford.
- Park, C.L. (2005b). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61, 707-729.
- Park, C.L. & Cohen, L.H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 561-576.
- Park, C.L. & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- Park, C.L., Cohen, L.H. & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Parker, G.B. & Brown, L.B. (1982). Coping behaviors that mediate between life events and depression. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1386-1391.
- Penley, J.A., Tomaka, J. & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Peteet, J.R. (1994). Approaching spiritual problems in psychotherapy: A conceptual framework. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 237-245.
- Pieper, J.Z.T. (2004). Religious resources of psychiatric inpatients: Religious coping in highly religious inpatients. *Mental Health, Religion and Culture*, 7, 349-363.
- Pieper, J.Z.T. & Uden, M.H.F. van (2005). *Religion and coping in mental health care*. Amsterdam: Rodopi.
- Pohl, J. (2006). Persönlichkeitsmerkmale – Religiosität und Spiritualität. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie* (S. 80-87). Heidelberg: Springer.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth After War: A Study with Former Refugees and Displaced People in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 71-83.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 14, 364-388.

- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context*, Vol. 3. (S. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rosmarin, D.H., Pargament, K.I., Krumrei, E.J. & Flannelly, K.J. (2009). Religious coping among jews: Development and initial validation of the JCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 670-683.
- Rüger, U., Blomert, A.F. & Förster, W. (1990). *Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rutledge, J. & Spilka, B. (1993). *Coping with intimacy: A problem for the single adult mormon*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.
- Schaefer, C.A. & Gorsuch, R.L. (1991). Psychological adjustment and religiousness: The multivariate belief-motivation theory of religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 32, 448-461.
- Schaefer, F.C., Blazer, D.G. & Koenig, H.G. (2008). Religious and spiritual factors and the consequences of trauma: a review and model of the interrelationship. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 507-524.
- Scharfetter, C. (1998). Religion – Musik – Schamanismus. In: C. Scharfetter & C. Rätsch, *Welten des Bewusstseins, Band 9*. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schowalter, M. & Murken, S. (2003). Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In C. Henning, S. Murken & E. Nestler (Hrsg.), *Einführung in die Religionspsychologie* (S. 139-162). Paderborn: Schöningh.
- Schumaker, J.F. (Hrsg.) (1992). *Religion and mental health*. New York: Oxford University Press.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Collins, R.L., Marshall, G.N. et al. (2001). A national survey of stress reaction after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Shams, M. & Jackson, P.R. (1993). Religiosity as predictor of well-being and moderator of the psychological impact of unemployment. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 341-352.
- Sherman, A.C., Plante, T.G., Simonton, S., Latif, U. & Anaissie, E.J. (2009). Prospective study of religious coping among patients undergoing stem cell transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 118-128.
- Sherman, A.C., Simonton, S., Latif, U., Spohn, R. & Tricot, G. (2005). Religious Struggle and religious Comfort in Response to Illness: Health Outcomes among Stem Cell Transplant Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 359-367.
- Smith, T.B., McCullough, M.E. & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129, 614-636.

- Stanton, A.L., Kirk, S.B., Cameron, C.L. & Danoff-Burg, S. (2000). The Relationship Between Coping and Emotion: Implications for Theory and Research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Stefanek, M., McDonald, P.G. & Hess, S.A. (2005). Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, 14, 450-463.
- Stiehler Thurston, N. (1999). Religious Problem-Solving Scale. In P.C. Hill & R.W. Hood (Hrsg.), *Measures of religiosity* (S. 347-350). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Stowell, J.R., Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (2001). Perceived stress and immunity: When coping counts. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 323-339.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Talik, E.B. (2013) The Adolescent Religious Coping Questionnaire. Translation and Cultural Adaptation of Pargament's RCOPE Scale for Polish Adolescents. *Journal of Religion and Health*, 52, 143-158.
- Tarakeshwar, N., Pargament, K.I. & Mahoney, A. (2003a). Initial development of a measure of religious coping among Hindus. *Journal of Community Psychology*, 31, 607-628.
- Tarakeshwar, N., Pargament, K.I. & Mahoney, A. (2003b). Measures of Hindu pathways: Development and preliminary evidence of reliability and validity. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 9, 316-332.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L.C., Paulk, E., Pearce, M.J., Kasl, S.V. & Prigerson, H.G. (2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 646-657.
- Taylor, E.J., Outlaw, F.H., Bernado, T.R. & Roy, A. (1999). Spiritual conflicts associated with praying about cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 386-394.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality & Social Psychology*, 46, 489-502.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004a). A clinical approach to posttraumatic growth. In P.A. Linley & S. Joseph (Hrsg.), *Positive psychology in practice* (S. 405-419). New York: Wiley & Sons.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004b). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tennant, C. (2001). Life stress and hypertension. *Journal of Cardiovascular Risk*, 8, 51-56.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 173-182.
- Terwey, M. (2003). Kirchen weiter auf der Verliererstraße – Inferno und Aberglauben im Aufwind? *ZA-Information*, 52, 93-119.

- Thuné-Boyle, I.C., Stygall, J.A., Keshtgar, M.R. & Newman, S.P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 63, 151-164.
- Tix, A.P. & Frazier, P.A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411-422.
- Tomich, P.L. & Helgeson, V.S. (2004). Is Finding Something Good in the Bad Always Good? Benefit Finding Among Women With Breast Cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.
- Utsch, M. & Klein, C. (2011). Religion, Religiosität, Spiritualität. Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. In: C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität* (S. 25-45). Weinheim: Juventa.
- Vandecreek, L., Paget, S., Horton, R., Robbins, L., Oettinger, M. & Tai, K. (2004). Religious and Nonreligious Coping Methods Among Persons With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51, 49-55.
- Wachholtz, A., Pearce, M. & Koenig, H.G. (2007). Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 311-318.
- Watson, P.J. (1999). Religious Coping Activities Scale. In P.C. Hill & R.W. Hood (Hrsg.), *Measures of religiosity* (S. 344-347). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Weis, J.B. (2002). *Leben nach Krebs. Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung*. Bern: Huber.
- Wigger, S., Murken, S. & Maercker, A. (2008). Positive und negative Aspekte religiösen Copings im Trauerprozess. *Trauma & Gewalt*, 2, 118-128.
- Winter, U. (2006). „Wohin soll ich mich wenden in meiner Not?“ Die Rolle der Religiosität bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse sowie Impulse für eine pastorale Krisenintervention – eine pastoralpsychologische Studie. Berlin: dissertation.de.
- Winter, U., Hauri, D., Huber, S., Jenewein, J., Schnyder, U. & Kraemer, B. (2009). The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 240-244.
- Wittchen, H.U., Lachner, G., Wunderlich, U. & Pfister, H. (1998). Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 568-578.
- Wong-McDonald, A. & Gorsuch, R.L. (2000). Surrender to God: An additional coping style? *Journal of Psychology and Theology*, 28, 149-161.
- Woodward, C. & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 267 – 283.
- Xanthopoulos, M.S. & Daniel, L.C. (2013). Coping and Social Support. In: A.M. Nezu, C.M. Nezu, P.A. Geller & I.B. Weiner (Hrsg.), *Handbook of Psychology, Vol. 9: Health Psychology (2nd ed.)* (S. 57-78). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Zakowski, S.G., Hall, M.H., Klein, L.C. & Baum A. (2001). Appraised control, coping, and stress in a community sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 158-165.
- Zautra, A.J., Sheets, V.L. & Sandler, I.N. (1996). An Examination of the Construct Validity of Coping Dispositions for a Sample of Recently Divorced Mothers. *Psychological Assessment*, 8, 256-264.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Znoj, H., Morgenthaler, C. & Zwingmann, C. (2004). Mehr als nur Bewältigen? Religiosität, Stressreaktionen und Coping bei elterlicher Depressivität nach dem Verlust eines Kindes. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung* (S. 277-297). Münster: Waxmann.
- Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.
- Zwingmann, C. (2005). Erfassung von Spiritualität/ Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 241-246.
- Zwingmann, C., Klein, C. & Höfling, V. (2011). Messung von Religiosität/ Spiritualität im Rahmen der Gesundheitsforschung. In: C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität* (S. 65-91). Weinheim: Juventa.
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: A study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17, 361-370.
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber, J. & Murken S. (2006). Positive and Negative Religious Coping in German Breast Cancer Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 533-547.

## 8. Anhang

### 8.1. Fragebogen

#### Fragebogen zum Umgang mit belastenden Lebensereignissen

**Z**u Beginn möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

##### Ihre Geschlechtszugehörigkeit

Weiblich ☐

Männlich ☐

##### Ihr Alter

\_\_\_\_\_ Jahre

##### Religionszugehörigkeit

Ja ☐ Welche? \_\_\_\_\_

Nein ☐

**B**elastungen. Im Folgenden finden Sie eine Reihe sehr einschneidender Belastungen. Bitte geben Sie an, welche dieser negativen Ereignisse Sie erlebt haben.

Art der schwerwiegenden Belastung		ja	nein
1.	Tod eines nahe stehenden Menschen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Gewalt / feindselige Konflikte in der Familie .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Eigene ernste Erkrankung .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ernste Erkrankung eines nahe stehenden Menschen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Schwerwiegender Unfall .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Opfer einer lebensbedrohenden Naturkatastrophe .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Trennung vom Partner .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Selbstmord bzw. versuchter Selbstmord eines nahe stehenden Menschen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Erlittene ernsthafte körperliche Bedrohung (z.B. mit Waffe), Angriff, Verletzung oder Qual .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Schwerwiegender medizinischer Eingriff / Operation .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Gab es noch andere, bisher noch nicht erwähnte schwerwiegende Belastungen? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet hat: _____		
	Wann hatten Sie dieses schlimmste Erlebnis? _____		

<b>B</b>	<b>Belastung – schwerwiegend.</b> Sie haben mind. einmal mit „ja“ geantwortet und eine schwerwiegende Belastung erlebt. Folgen Sie bitte diesem Symbol.
<b>b</b>	<b>Belastung – durchschnittliche Schwere.</b> Sie haben alle Fragen mit „nein“ beantwortet. Folgen Sie bitte diesem Symbol.

**Umgang mit schweren Belastungen.** In diesem Abschnitt finden Sie unterschiedliche religiöse Verhaltensweisen, die manche Menschen im Zusammenhang mit Belastungssituationen zeigen.

Antworten Sie nicht im Hinblick darauf, was funktioniert oder nicht funktioniert hat, sondern geben Sie einfach an, ob Sie so gehandelt haben oder nicht. Versuchen Sie, jede Aussage für sich zu beantworten, gedanklich getrennt von den anderen. Antworten Sie so, wie Sie es FÜR SICH als wahrheitsgemäß empfinden.

**B Bitte denken Sie im folgenden an das Ereignis, das Sie am meisten belastet hat.** Die Aussagen fragen nach der Art und Weise, wie Sie mit **diesem** negativen Ereignis in Ihrem Leben umgegangen sind.

**b** Bitte beziehen Sie Ihre Antworten darauf, wie Sie im Allgemeinen mit belastenden Ereignissen umgehen.

Wie zutreffend ist diese Aussage für Sie?	trifft überhaupt nicht zu			trifft sehr stark zu
Ich habe erkannt, dass Gott nicht alle meine Gebete erhören kann. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, ohne Gottes Hilfe selbst mit der Situation zurechtzukommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war der Meinung, dass Gott mich für meine Sünden bestraft. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die seelische Unterstützung von Geistlichen gesucht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mit Gott darüber verhandelt, dass er die Umstände verbessert. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, mit Gott zusammen der Situation einen Sinn zu geben. ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gefragt, ob Gott wirklich fürsorglich ist. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe darauf vertraut, dass Gott mit mir ist. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Leitung meiner Kirchengemeinde gebeten, mich in ihre Gebete einzuschließen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe erkannt, dass es Dinge gibt, die selbst Gott nicht ändern kann. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe darauf vertraut, dass Gott an meiner Seite sein würde. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Liebe und Anteilnahme von den Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mit Gott zusammengearbeitet, um meinen Kummer zu erleichtern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe zu Gott aufgesehen, um Stärke, Unterstützung und Führung zu erfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gott inständig gebeten, dass alles ein gutes Ende nehmen wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht mich zu stärken. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Wie zutreffend ist diese Aussage für Sie?	trifft überhaupt nicht zu			trifft sehr stark zu
Ich war wütend, dass Gott nicht für mich da war. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe partnerschaftlich mit Gott zusammengearbeitet. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe auf Gott geschaut, um eine neue Richtung für mein Leben zu finden. ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gefragt, ob meine Kirchengemeinde mich im Stich gelassen hat. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gott etwas versprochen, damit er die Umstände verbessert. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte das Gefühl, dass selbst Gott seine Grenzen hat. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach einer totalen geistlichen Wiedererweckung gesucht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe für ein Wunder gebetet. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gott gebeten, mir zu helfen, eine neue Bestimmung im Leben zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe andere gebeten, für mich zu beten. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gebetet, um mich von meinen Problemen abzulenken. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gedacht, dass einige Dinge Gottes Macht übersteigen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe zu Gott gefleht, dass alles gut geht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war wütend, dass Gott meine Gebete nicht erhört hat. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Trost bei Gott gesucht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe bei Gott eine neue Bestimmung in meinem Leben gesucht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe dafür gebetet, dass sich mein Leben komplett verändert. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, der Situation einen Sinn zu geben, ohne mich auf Gott zu verlassen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht. .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**V**eränderung durch die Belastung ?! Manche Menschen berichten im Rückblick auf schwere Belastungen auch positive Veränderungen.

**B** Im Folgenden finden Sie einige solcher Veränderungen. Wie ist das bei Ihnen? Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie die folgenden Veränderungen erlebt haben.

**b** Bitte lassen Sie diesen Abschnitt aus und gehen zum nächsten über.

Wie stark haben Sie diese Erfahrungen gemacht?	überhaupt nicht	etwas	sehr stark
Ich habe neue Vorstellungen darüber, was im Leben wichtig und vorrangig ist. ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe ein neues Gefühl dafür, wie wichtig mir mein Leben ist. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich entwickelte neue Interessen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich entwickelte ein Gefühl des Selbstvertrauens. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe jetzt ein größeres Verständnis für religiöse und geistige Dinge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß jetzt, dass ich in schweren Zeiten auf andere Menschen zählen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beschritt einen neuen Weg in meinem Leben. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich entwickelte einen Sinn für die Verbundenheit mit anderen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich will meine eigenen Gefühle mehr ausdrücken. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß jetzt, dass ich mit Schwierigkeiten umgehen kann. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fange mehr mit meinem Leben an. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mehr in der Lage, die Wendungen zu akzeptieren, die die Dinge nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würdige jeden Tag. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mehr Mitgefühl mit anderen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mehr dazu geneigt, Dinge zu verändern, die geändert werden müssen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen stärkeren religiösen oder spirituellen Glauben. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich entdeckte, dass ich stärker bin, als ich dachte. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfuhr eine Menge darüber, wie gut Menschen sind. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich akzeptiere, dass ich andere brauche. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**W**ohlbefinden & Beschwerden. In den nächsten Abschnitten möchten wir gerne etwas über Ihr Wohlbefinden und Ihre gesundheitlichen Beschwerden erfahren.

- B** Wie war Ihr Befinden zu der Zeit, als Sie akut von dem belastenden Ereignis betroffen waren?

Beziehen Sie Ihre Antworten bitte auf die **Wochen nach dem Eintritt der Belastung**.

- b** Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf.

<b>Ich fühlte mich angespannt oder überreizt</b> <input type="radio"/> meistens <input type="radio"/> oft <input type="radio"/> von Zeit zu Zeit / gelegentlich <input type="radio"/> überhaupt nicht	<b>Ich fühlte mich in meinen Aktivitäten gebremst</b> <input type="radio"/> fast immer <input type="radio"/> sehr oft <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> überhaupt nicht
<b>Ich konnte mich noch so freuen wie früher</b> <input type="radio"/> ganz genau so <input type="radio"/> nicht ganz so sehr <input type="radio"/> nur noch ein wenig <input type="radio"/> kaum oder gar nicht	<b>Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</b> <input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> ziemlich oft <input type="radio"/> sehr oft
<b>Mich überkam eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</b> <input type="radio"/> ja, sehr stark <input type="radio"/> ja, aber nicht allzu sehr stark <input type="radio"/> etwas, aber es machte mir keine Sorgen <input type="radio"/> überhaupt nicht	<b>Ich hatte das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</b> <input type="radio"/> ja, stimmt genau <input type="radio"/> ich kümmerte mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="radio"/> möglicherweise kümmerte ich mich zu wenig darum <input type="radio"/> ich kümmerte mich so viel darum wie immer
<b>Ich konnte lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</b> <input type="radio"/> ja, so viel wie immer <input type="radio"/> nicht mehr ganz so viel <input type="radio"/> inzwischen viel weniger <input type="radio"/> überhaupt nicht	<b>Ich fühlte mich rastlos, musste immer in Bewegung sein</b> <input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> nicht sehr <input type="radio"/> überhaupt nicht
<b>Ich fühlte mich glücklich</b> <input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> meistens	<b>Ich blickte mit Freude in die Zukunft</b> <input type="radio"/> ja, sehr <input type="radio"/> eher weniger als früher <input type="radio"/> viel weniger als früher <input type="radio"/> kaum bis gar nicht
<b>Mir gingen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</b> <input type="radio"/> einen Großteil der Zeit <input type="radio"/> verhältnismäßig oft <input type="radio"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="radio"/> nur gelegentlich / nie	<b>Mich überkam plötzlich ein panikartiger Zustand</b> <input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="radio"/> ziemlich oft <input type="radio"/> nicht sehr oft <input type="radio"/> überhaupt nicht
<b>Ich konnte behaglich dasitzen und mich entspannen</b> <input type="radio"/> ja, natürlich <input type="radio"/> gewöhnlich schon <input type="radio"/> nicht oft <input type="radio"/> überhaupt nicht	<b>Ich konnte mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen</b> <input type="radio"/> oft <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> eher selten <input type="radio"/> sehr selten

**Körperliche Beschwerden.** Im letzten Abschnitt sind körperliche Beschwerden von Interesse.

- Ⓑ Unter welchen Beschwerden litten Sie zu der Zeit, als Sie akut von dem belastenden Ereignis betroffen waren? Beziehen Sie Ihre Antworten bitte auf die **Wochen nach dem Eintritt der Belastung**.
- Ⓑ Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf.

Wie sehr litten Sie unter ... ?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Kopfschmerz .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmachts- oder Schwindelanfällen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz- und Brustschmerzen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreuzschmerzen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit oder Magenverstimmung .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten bei Atmen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hitzewallungen und Kälteschauern .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



## 8.2. Tabellen

**Tabelle A1**

<b>Faktor Ia</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_sss2 Ich habe darauf vertraut, dass Gott an meiner Seite sein würde	17.26	59.675	.851	.832	.949	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_sss1 Ich habe darauf vertraut, dass Gott mit mir ist	17.20	59.472	.848	.832	.95	.956	.957
rc_sss4 Ich habe Trost bei Gott gesucht	17.44	58.767	.888	.822	.947		
rc_sss3 Ich habe zu Gott aufgesehen, um Stärke, Unterstützung und Führung zu erfahren	17.59	60.471	.844	.722	.95		
rc_crc2 Ich habe mit Gott zusammengearbeitet, um meinen Kummer zu erleichtern	17.80	61.217	.843	.733	.95		
rc_crc3 Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen	18.02	63.738	.785	.647	.953		
rc_sss5 Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht	17.60	59.966	.848	.769	.95		
rc_crc4 Ich habe partnerschaftlich mit Gott zusammengearbeitet	18.14	65.433	.76	.621	.954		
rc_crc1 Ich habe versucht, mit Gott zusammen der Situation einen Sinn zu geben	17.75	62.009	.746	.570	.955		
<b>Faktor Ib</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_sdr2 Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung	4.73	3.815	0.708	.517	.663	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_sdr1 Ich habe versucht, ohne Gottes Hilfe selbst mit der Situation zurechtzukommen	4.61	3.874	.668	.482	.705	.801	.801
rc_sdr3 Ich habe versucht, der Situation einen Sinn zu geben, ohne mich auf Gott zu verlassen	5.08	4.337	.568	.326	.808		
<b>Faktor II</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_sd3 Ich war wütend, dass Gott nicht für mich da war	4.87	4.83	.645	.445	.717	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_sd2 Ich habe mich gefragt, ob Gott wirklich fürsorglich ist	4.64	4.148	.677	.468	.691	.788	.80
rc_sd1 Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt	4.38	4.083	.557	.321	.773		
rc_sd5 Ich war wütend, dass Gott meine Gebete nicht erhört hat	4.94	5.358	.562	.341	.759		
<b>Faktor III</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_rgp4 Ich habe gedacht, dass einige Dinge Gottes Macht übersteigen	5.59	5.945	.692	.556	.652	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_rgp3 Ich hatte das Gefühl, dass selbst Gott seine Grenzen hat	5.60	6.120	.68	.547	.662	.766	.782
rc_rgp2 Ich habe erkannt, dass es Dinge gibt, die selbst Gott nicht ändern kann	5.06	5.492	.54	.323	.734		
rc_rgp1 Ich habe erkannt, dass Gott nicht all meine Gebete erhören kann	5.10	6.410	.417	.184	.793		
<b>Faktor IV</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_sscm5 Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht	6.13	9.968	.786	.691	.84	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_sscm3 Ich habe Liebe und Anteilnahme von den Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht	6.04	9.667	.759	.676	.844	.880	.884
rc_sscm4 Ich habe andere gebeten, für mich zu beten	5.89	9.075	.707	.511	.860		
rc_sscm2 Ich habe die Leitung meiner Kirchengemeinde gebeten, mich in ihre Gebete einzuschließen	6.23	10.584	.660	.470	.867		
rc_sscm1 Ich habe die seelische Unterstützung von Geistlichen gesucht	5.95	9.731	.687	.476	.862		

<b>Faktor V</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_pdi5 Ich habe zu Gott gefleht, dass alles gut geht	7.73	9.568	.792	.679	.715	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_pdi4 Ich habe für ein Wunder gebetet	7.98	11.168	.550	.351	.796	.814	.810
rc_pdi3 Ich habe Gott etwas versprochen, damit er die Umstände verbessert	8.51	13.474	.428	.259	.823		
rc_pdi1 Ich habe mit Gott darüber verhandelt, dass er die Umstände verbessert	8.24	11.874	.568	.349	.789		
rc_pdi2 Ich habe Gott inständig gebeten, dass alles ein gutes Ende nehmen wird	7.46	9.886	.702	.609	.746		
<b>Faktor VI</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_rdc2 Ich habe nach einer totalen geistlichen Wiedererweckung gesucht	8.75	14.802	.613	.477	.844	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_rdc1 Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden	8.75	15.329	.580	.458	.850	.859	.862
rc_srd3 Ich habe bei Gott eine neue Bestimmung in meinem Leben gesucht	8.38	12.49	.794	.641	.807		
rc_srd2 Ich habe Gott gebeten, mir zu helfen, eine neue Bestimmung im Leben zu finden	8.14	12.32	.733	.555	.820		
rc_rdc3 Ich habe dafür gebetet, dass sich mein Leben komplett verändert	8.50	14.238	.537	.333	.856		
rc_srd1 Ich habe auf Gott geschaut, um eine neue Richtung für mein Leben zu finden	8.02	12.521	.687	.541	.830		
<b>Faktor VII</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_pgr2 Ich war der Meinung, dass Gott mich für meine Sünden bestraft	5.61	6.109	.593	.388	.799	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_pgr3 Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt	5.56	5.661	.696	.501	.771	.823	.831
rc_sd4 Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt	5.46	5.165	.651	.474	.778		
rc_sd6 Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat	5.38	4.998	.662	.521	.775		
rc_pgr1 Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft	5.38	5.462	.533	.327	.816		
<b>Faktor VIII</b>	<b>SMwIw</b>	<b>SVwIw</b>	<b>KISK</b>	<b>QmK</b>	<b>C<math>\alpha</math>wIw</b>		
rc_rf2 Ich habe gebetet, um mich von meinen Problemen abzulenken	2.80	1.48	.597	.361	.567	<b>C<math>\alpha</math></b>	<b>C<math>\alpha</math>sI</b>
rc_rf3 Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken	2.96	2.106	.479	.230	.707	.721	.722
rc_rf1 Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen	2.89	1.728	.569	.333	.599		

*Anmerkungen.* SmwIw = Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen, SVwIw = Skalenvarianz, wenn Item weggelassen, KISK = Korrigierte Item-Skala-Korrelation, QmK = Quadrierte multiple Korrelation, C $\alpha$ wIw = Cronbachs  $\alpha$ , wenn Item weggelassen, C $\alpha$  = Cronbachs  $\alpha$ , C $\alpha$ sI = Cronbachs  $\alpha$  für standardisierte Items. (N = 210)

Tabelle A2

	Code	MW	SD	Schiefe	Kurtosis
Ich war der Meinung, dass Gott mich für meine Sünden bestraft	rc_pgr2	1.23	.59	2.65	6.53
Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt	rc_pgr3	1.29	.64	2.36	5.08
Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken	rc_rf3	1.36	.67	1.81	2.42
Ich war wütend, dass Gott meine Gebete nicht erhört hat	rc_sd5	1.33	.69	2.22	4.47
Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden	rc_rdc1	1.36	.71	2.07	3.70
Ich habe nach einer totalen geistlichen Wiedererweckung gesucht	rc_rdc2	1.36	.78	1.99	2.67
Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen	rc_rf1	1.43	.78	1.87	2.82
Ich war wütend, dass Gott nicht für mich da war	rc_sd3	1.41	.78	1.95	3.07
Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt	rc_sd4	1.39	.81	2.17	3.83
Ich habe Gott etwas versprochen, damit er die Umstände verbessert	rc_pdi3	1.47	.82	1.68	1.86
Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft	rc_pgr1	1.47	.82	1.73	2.05
Ich habe die Leitung meiner Kirchengemeinde gebeten, mich in ihre Gebete einzuschließen	rc_sscm2	1.33	.84	2.48	4.78
Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat	rc_sd6	1.47	.84	1.75	2.04
Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht	rc_sscm5	1.43	.84	1.88	2.35
Ich habe gebetet, um mich von meinen Problemen abzulenken	rc_rf2	1.52	.87	1.54	1.25
Ich habe partnerschaftlich mit Gott zusammengearbeitet	rc_crc4	1.71	.88	.99	-.03
Ich hatte das Gefühl, dass selbst Gott seine Grenzen hat	rc_rgp3	1.52	.89	1.66	1.68
Ich habe gedacht, dass einige Dinge Gottes Macht übersteigen	rc_rgp4	1.52	.92	1.59	1.21
Ich habe Liebe und Anteilnahme von den Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht	rc_sscm3	1.52	.92	1.63	1.33
Ich habe mich gefragt, ob Gott wirklich fürsorglich ist	rc_sd2	1.64	.94	1.26	.36
Ich habe dafür gebetet, dass sich mein Leben komplett verändert	rc_rdc3	1.61	.96	1.40	.68
Ich habe die seelische Unterstützung von Geistlichen gesucht	rc_sscm1	1.61	.98	1.34	.41
Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen	rc_crc3	1.83	.98	.85	-.51
Ich habe mit Gott darüber verhandelt, dass er die Umstände verbessert	rc_pdi1	1.74	.99	1.02	-.26
Ich habe bei Gott eine neue Bestimmung in meinem Leben gesucht	rc_srd3	1.73	1.00	.98	-.47
Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt	rc_sd1	1,89	1,07	0,80	-0,75
Ich habe Gott gebeten, mir zu helfen, eine neue Bestimmung im Leben zu finden	rc_srd2	1.96	1.08	.62	-1.06
Ich habe andere gebeten, für mich zu beten	rc_sscm4	1.67	1.08	1.30	.10
Ich habe erkannt, dass Gott nicht all meine Gebete erhören kann	rc_rgp1	2.02	1.09	.62	-.99
Ich habe auf Gott geschaut, um eine neue Richtung für mein Leben zu finden	rc_srd1	2.09	1.10	.46	-1.19

Ich habe mit Gott zusammengearbeitet, um meinen Kummer zu erleichtern	rc_crc2	2.05	1.11	.48	-1.22
Ich habe versucht, der Situation einen Sinn zu geben, ohne mich auf Gott zu verlassen	rc_sdrc3	2.13	1.11	.46	-1.18
Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung	rc_sdrc2	2.48	1.13	.03	-1.38
Ich habe versucht, ohne Gottes Hilfe selbst mit der Situation zurechtzukommen	rc_sdrc1	2.60	1.15	-.12	-1.41
Ich habe für ein Wunder gebetet	rc_pdi4	2.00	1.15	.67	-1.08
Ich habe zu Gott aufgesehen, um Stärke, Unterstützung und Führung zu erfahren	rc_sss3	2.26	1.16	.24	-1.44
Ich habe versucht, mit Gott zusammen der Situation einen Sinn zu geben	rc_crc1	2.10	1.16	.48	-1.30
Ich habe zu Gott gefleht, dass alles gut geht	rc_pdi5	2.25	1.18	.30	-1.43
Ich habe erkannt, dass es Dinge gibt, die selbst Gott nicht ändern kann	rc_rgp2	2.06	1.18	.54	-1.31
Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht	rc_sss5	2.25	1.19	.31	-1.45
Ich habe darauf vertraut, dass Gott an meiner Seite sein würde	rc_sss2	2.60	1.21	-.14	-1.54
Ich habe Gott inständig gebeten, dass alles ein gutes Ende nehmen wird	rc_pdi2	2.52	1.21	-.03	-1.57
Ich habe darauf vertraut, dass Gott mit mir ist	rc_sss1	2.65	1.23	-.23	-1.54
Ich habe Trost bei Gott gesucht	rc_sss4	2.41	.,23	.06	-1.60

Anmerkungen. SD = Standardabweichung, MW = Mittelwert. (N = 210)



### **8.3. Lebenslauf**

Aus Datenschutzgründen ist der Lebenslauf in dieser Version der Arbeit nicht enthalten.

## **8.4. Verzeichnis der akademischen Lehrer**

### **Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren in Marburg:**

Aumüller, Barth, Basler, Baum, Bender, Bien, Cetin, Christiansen, Czubayko, Daut, Eilers, Feuser, Gemsa, Gerdes, Görg, Gress, Grzeschik, Gudermann, Herrmann-Lingen, Hertl, Hasilik, Hofmann, Hoyer, Jones, Jungclas, Kern, Kill, Klenk, Klose, Koenig, Kolb-Niemann, Koolman, Kretschmar, Krieg, Kroll, Krones, Kühne, Lang, Lill, Löffler, Lohoff, Maier, Maisch, Mandrek, Mittag, Moll, Müller, Mueller, Mutters, Neubauer, Oertel, Pfützner, Rausch, Remschmidt, Renz, Richter, Röhm, Rothmund, Schäfer, Schmidt, Seitz, Skrzypek, Steiniger, Vogelmeier, Voigt, Wagner, Weihe, Werner, Wennemuth, Westermann, Wulf.

## **8.5. Danksagung**

Ich danke Herrn Professor Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler für die Überlassung des Themas und die wissenschaftliche Betreuung dieser Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Dirk Lehr für die freundliche Anleitung und die beigetragenen kreativen Ideen. Seine praktische Unterstützung und Inspiration haben der Entwicklung dieser Arbeit wesentlichen Vorschub geleistet.

Herrn Professor Kenneth I. Pargament, PhD, danke ich für sein Interesse an der Weiterentwicklung des RCOPE-Instruments und für die Genehmigung der Entwicklung einer deutschen Version.

Weiter bedanke ich mich bei allen Probanden der verschiedenen Stichproben für ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Herr Professor Dr. Gerhard Martin vom Fachbereich Evangelische Theologie der Philipps-Universität Marburg ermöglichte durch seine freundliche Kooperation die Vorstellung des Projekts unter Theologiestudierenden.

Christian Bachmann danke ich für seine fortwährende persönliche Unterstützung, nimmermüde Motivation, Ermutigung und liebevolle Freundschaft.

Schließlich möchte ich meiner Familie danken, die mir in den Jahren des Studiums und Berufseinstiegs stets Ansprechpartner und Ankerpunkt war, mich begleitet und bestärkt hat. Meinen lieben Eltern, Anne-Marie und Bernhard Fehlberg, danke ich für die emotionale und strukturelle Unterstützung, die das Entstehen dieser Arbeit grundlegend ermöglicht hat.